



Aalborg Universitet

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

En sociologisk fortælling om sygefravær

Hansen, Claus D.

Publication date:
2009

Document Version
Accepteret manuscript, peer-review version

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):
Hansen, C. D. (2009). *En sociologisk fortælling om sygefravær*.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

En sociologisk fortælling om sygefravær

Claus D. Hansen

Arbejdsmedicinsk Klinik, Regionshospitalet Herning

PhD-afhandling indleveret ved
Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og Organisation
Aalborg Universitet

Forsideillustrationen er venligst stillet til rådighed af Bjarke Ørsted/Scanpix.
Billedet må ikke reproducere uden tilladelse.

Til min far og min mor

Indholdsfortegnelse

<i>Forord</i>	<i>xi</i>
Introduktion	1
Sygefravær	1
Mål.....	3
Tilgange	4
'Teoretisk' ramme og disciplinær tilknytning/ Gren.....	4
Metodologi.....	5
Fremstillingsform og stil.....	6
Evidens? Interesser, politik og værdineutralitet	6
Resumé	7
Kapitel 1 Sygefraværets partikularitet	4
1. Sygemelding.....	4
2. Slavepigen Crankeba'.....	5
3. 'Just do it.'	8
4. 'Den dobbelte byrde'	11
5. Arbejdstid og Fritid	14
6. Keglesnit, svampepsykoser og andre 'forkerte' sygdomme.....	16
7. Sygefravær under tre forskellige medicinske kosmologier.....	19
8. Sygefraværersfænomenets universalitet?	24
Kapitel 2 Sygefraværets naturhistorie	28
0. I stedet for prolog: forvirring.....	28
1. Tilsynekomst.....	28
2. Sygekasser, solidaritet og fællesskab.....	34
3. Misbrug, medborgerskab og medikalisering	39
4. Barmhjertighed, nådeløshed og den 'borgerlige kulde'	53
5. 'Det store skuffedarium'	59
6. Biopolitik og bestikkelse	63
7. Kortslutning eller kort slutning.....	72
Kapitel 3 Sygefraværets mangfoldighed	84
A. Sygefravær i offentligheden	86
B. Sygefraværstatistik	91
'Sygefraværets' hyppighed og varighed i kernearbejdsstyrken	94
Et kort blik på de erhvervsaktives egen forståelse af 'sygefraværets' hyppighed	97
Sygenærverets hyppighed og varighed i kernearbejdsstyrken.....	99
C. Epidemiologiske mål for sygefravær	102

D.	Arbejds- og Organisationspsykologiens fraværsmål	106
E.	(Hverdags)sociologiens sygefraværsmål.....	110
F.	Hvorfor er man sygefraværende?.....	114
G.	Begrundelser for at tage sygefravær i kernearbejdsstyrken	118
H.	Hvorfor går man på arbejde, hvis man i virkeligheden er syg?	121
I.	Hvornår er det i det hele taget acceptabelt at melde sig syg?.....	124
	'Konservative' vs. 'liberale' holdninger til sygefravær	124
	Rimeligheden af fravær i konkrete situationer.....	125
J.	Afsluttende betragtninger.....	127
Kapitel 4 Risikofaktorer for sygefravær.....		136
	Eksempel 1: Om 'Dobbelte byrder' og 'Arbejde-hjem' konflikter	146
	Kritik af det oprindelige artikeludkast	152
	Eksempel 2: Om 'At gå syg på arbejde', hvad der fører til en sådan beslutning, og hvilke konsekvenser det kan have på længere sigt (i form af langvarig sygemelding)	157
	Eksempel 3: Om 'Sygefravær og holdninger', og om den indbyggede politiske dimension til studiet af sygefravær som risiko	159
Kapitel 5 En relationel undersøgelse af sygefraværspraktikker.....		168
	Introduktion.....	168
	Forholdet mellem den afhængige og den 'uafhængige' variabel.....	170
	Regressionsanalysen og kontekstafhængighed.....	171
	Ekskurs: Bourdieu vs. Adorno – relationel og dialektisk tænkning.....	173
	Det filosofiske fundament for 'geometrisk dataanalyse' (GDA).....	180
	Et forsøg på en forklaring af GDA.....	183
	Analyse af arbejdslivsrummet.....	188
	Udvælgelse af variable.....	188
	Antal af fortolkede akser	190
	Multipel korrespondanceanalyse (MCA) af arbejdsforholdsrummets første fem dimensioner.....	191
	Første akse.....	191
	Anden akse	194
	Social differentiering i arbejdslivsrummets første to akser.....	196
	Tredje akse.....	199
	Fjerde akse	205
	Femte akse	206
	Arbejdslivsrummets første fem akser – generelle betragtninger	210
	Sygefraværspraktikker i arbejdslivsrummet	212
	Social differentiering i danskernes sygefraværspraktikker	220
Kapitel 6 Billeder af sygefraværet i dag		226
	<i>Nogle bemærkninger om metode</i>	226
I.	Jobusikkerhed (1)	228
II.	Undværlig, uundværlig.....	229

III.	De ‘erstattelige’	231
IV.	‘Gengangerne’	232
V.	Jobusikkerhed og sygefravær.....	235
VI.	‘Flexere’ – det sociale ansvars ambivalens.....	237
VII.	‘Duer ikke. Væk!’ - Sygefravær som selektionsmekanisme	240
VIII.	Jobusikkerhed (2)	244
IX.	Rollekonflikter og udbrændthed	246
X.	Jobusikkerhed (3)	249
XI.	Risiko, sygefravær og selvstændighedskulturen	253
XII.	Sektor.....	257
XIII.	Arbejdets ‘genstand’ og sygenærvær.....	260
XIV.	Den rurale solidaritet.....	265
XV.	Small is beautiful?.....	268
XVI.	Sygefravær som protest.....	271
XVII.	Billeder af sygefraværet i dag.....	275
Konklusioner.....		280
<i>Litteratur</i>		288
<i>Summary</i>		308
Appendiks 1 Beskrivelse af ASUSI-undersøgelsen.....		312
Appendiks 2 Metodiske overvejelser vedr. kvalitativ del.....		329
Appendiks 3 Historiske kilder fra Sygekassetidende		340

Fortegnelse over tabeller

Tabel 3.1 Oversigt over antal sygedage i året før.....	94
Tabel 3.2 Oversigt over antal sygemeldinger i året før.....	95
Tabel 3.3 Sammenhæng mellem antal sygemeldinger og antal sygedage. Procent.....	95
Tabel 3.4 Oversigt over antal sygenærværsepisoder i året før.....	99
Tabel 3.5 Andel af erhvervsaktive, der går på arbejde med symptomer. Procent.....	100
Tabel 3.6 Sammenhæng mellem episoder af sygefravær (SF) og sygenærvær (SN).....	100
Tabel 3.7 Sammenhæng mellem antal sygemeldinger og antal begrundelser for fravær. Procent.....	119
Tabel 3.8 Fordeling af begrundelser for sygefravær i kernearbejdsstyrken. Procent.....	120
Tabel 3.9 Andel af de erhvervsaktive, som er sygemeldt af ikke-medicinske grunde. Procent.....	121
Tabel 3.10 Fordeling af begrundelser for sygenærvær i kernearbejdsstyrken. Procent.....	122
Tabel 3.11 Sammenhæng mellem antal sygenærværsepisoder og antal begrundelser for nærvær.....	123
Tabel 3.12 Fordeling af erhvervsaktive i forhold til liberaliteten af deres holdninger til sygefravær.....	125
Tabel 3.13 Kernearbejdsstyrkens syn på rimeligheden af sygefravær i forskellige situationer.....	126
Tabel 3.14 Fordeling af erhvervsaktive efter grader af rimelighed for alle spørgsmål. Procent.....	126
Tabel 4.1 Omfanget af oplevede rollekonflikter i kernearbejdsstyrken.....	147
Tabel 4.2 Andelen der oplever rollekonflikt i forskellige subgrupper af kernearbejdsstyrken.....	148
Tabel 4.3 Rollekonflikt i subgrupper med kombinationer af tid-sted-bundne forpligtelser.....	150
Tabel 4.4 Sammenhæng mellem rollekonflikt, psykisk velbefindende og sygemelding.....	151
Tabel 4.5 Sammenhængen mellem forskellige typer af rollekonflikt og langvarig sygemelding.....	152
Tabel 4.6 Sammenhæng mellem forskellige typer af rollekonflikt og 'strategisk' sygefravær.....	154
Tabel 4.7 Sammenhæng mellem fraværsnormer og forskellige mål for sygefravær.....	162
Tabel 5.1 Krydstabel mellem social klasse og holdninger til sygefravær.....	184
Tabel 5.2 Principale inertiværdier samt rater af forklaret varians.....	184
Tabel 5.3 Koordinater i de principale akser. Bidrag og kvalitet.....	185
Tabel 5.4 Variable anvendt til at konstruere arbejdslivsrummet.....	189
Tabel 5.5 Principale inertiværdier samt rater af forklaret varians for de 10 første akser.....	190
Tabel 5.6 Fortolkning af første akse: 22 variable, 49 modaliteter der bidrager mest til akse.....	192
Tabel 5.7 Fortolkning af anden akse: 20 variable, 44 modaliteter der bidrager mest til akse.....	195
Tabel 5.8 Fortolkning af tredje akse: 31 variable, 55 modaliteter der bidrager mest til akse.....	200
Tabel 5.9 Fortolkning af fjerde akse: 19 variable, 35 modaliteter der bidrager mest til akse.....	204
Tabel 5.10 Fortolkning af femte akse: 27 variable, 47 modaliteter der bidrager mest til akse.....	207
Tabel 6.1 Omfang af jobusikkerhed og dets betydning for sygenærvær fordelt på sociale klasser.....	233
Tabel 6.2 Sammenhæng mellem jobusikkerhed og forskellige mål for sygefravær.....	236
Tabel 6.3 Sammenhænge mellem sygefraværspraktikker og arbejdsløshed.....	243
Tabel 6.4 Betydningen af uønskede forandringer for sygefravær og arbejdstilfredshed.....	248
Tabel 6.5 Omfang af helbredsproblemer blandt selvstændige.....	257
Tabel 6.6 Effekten af dekommodification på tværs af sektorer.....	259
Tabel 6.7 Omfang af sygenærvær af tre forskellige grunde (kollegaer, kunder, travlhed).....	263
Tabel 6.8 Forskellige virksomhedsstørrelser og sygefraværspraktikker.....	271

Fortegnelse over figurer

Figur 1.1 Kombinationer af disease, illness og sickness.	18
Figur 2.1 Gennemsnitligt antal sygedage pr. sygekassemedlem. 1893-1959.	66
Figur 2.2 Gennemsnitlige antal sygedage. DA's fraværstatistik. 1973-2004.	69
Figur 3.1 Udviklingen i antal artikler om sygefravær. 1993-2008.	87
Figur 3.2 Sygemelding af > 2 ugers varighed i 1½ års follow-up. Kaplan-Meier.	96
Figur 4.1 Fiktivt eksempel på 'Policy Implications' af dobbelt byrde-paper'et.	156
Figur 5.1 Projektion af holdninger til sygefravær og social klasse i flade 1.2.	186
Figur 5.2 Screeplot for de første 10 akser i arbejdslivsrummet.	191
Figur 5.3 Flade 1-2. Fortolkning af første akse.	194
Figur 5.4 Flade 2-3. Fortolkning af anden akse.	196
Figur 5.5 Flade 1-2. Erhverv, uddannelse og husstandsindkomst som supplementærpunkter.	197
Figur 5.6 Flade 1-2. Forskellige helbredsmål som supplementærpunkter.	199
Figur 5.7 Flade 2-3. Fortolkning af tredje akse.	201
Figur 5.8 Individsky i arbejdslivsrummets flade 1-3. 14.241 individer.	202
Figur 5.9 Flade 2.3. Individskyen opdelt i hhv. selvstændige og lønmodtagere med indtegnelse af koncentrationsellipser for de to grupper.	203
Figur 5.10 Flade 2.3. Erhverv som supplementærpunkt.	203
Figur 5.11 Flade 4-5. Fortolkning af fjerde akse.	205
Figur 5.12 Flade 4-5. Fortolkning af femte akse.	208
Figur 5.13 Flade 4-5. Individskyen opdelt i hhv. selvstændige og lønmodtagere med indtegnelse af koncentrationsellipser for de to grupper.	208
Figur 5.14 Flade 4-5. Erhverv som supplementærpunkt.	209
Figur 5.15 Flade 1-2. Subskyer af individer med forskellige antal sygemeldinger m. koncentrationsellipser.	213
Figur 5.16 Flade 1-2. Antal sygemeldinger som supplementærpunkt m. konfidensellipser.	214
Figur 5.17 Flade 1-2. Sygefraværspraktikker som supplementærpunkter.	216
Figur 5.18 Flade 1-2. Subskyer af individer med forskellige holdninger til deres arbejde m. koncentrationsellipser.	217
Figur 5.19 Flade 3-4. Sygefraværspraktikker som supplementærpunkter.	219
Figur 6.1 Plot af interviewdeltagere som supplementærindivider i arbejdslivsrummets flade 1-2.	226
Figur 6.2 Jobusikkerhed og sygenærvær pga. fyringsfrygt i arbejdslivsrummets flade 1-2.	233
Figur 6.3 Uønskede forandringer på jobbet og selv vurderet helbred i arbejdslivsrummets flade 1-2.	249

Forord

En afhandling er mere end blot en spredt samling af ord, sætninger og strøtanker, der udvikler sig og gror sig store over en periode på flere år. Det er for mig også kulminationen på et projekt, der blev søsat for mange år siden, da jeg satte mig i hovedet, at jeg ville være samfundsforsker.

Den idé er i dag blevet til virkelighed, ikke nødvendigvis for evigt. Men jeg har - i hvert fald for en stund - været og ageret primus motor på mit helt eget personlige forskningsprojekt. I al ens skønne naivitet håber man nok altid på, at netop dette produkt vil være noget, man i sit otium ser tilbage på med en vis veltilfredshed. Om det vil være tilfældet må tiden vise – men der er for mig i hvert fald ingen tvivl om, at arbejdet med afhandlingen har været en lang videnskabelig rejse, som har ændret mig – både som sociolog og som menneske.

Men en sådan afhandling skriver man jo ikke i et vakuum. Og i forbindelse med udarbejdelsen af den har jeg fået generøs hjælp af mange forskellige mennesker, som jeg gerne vil benytte lejligheden til at takke. Først og fremmest tak til Johan Hviid Andersen, som siden starten af 2004 har ageret kollega og mentor i min introduktion til arbejdsmedicinens og epidemiologiens kringlede kroge. Det har været spændende og lærerigt, både personligt og videnskabeligt, og jeg er meget taknemmelig for den tillid, jeg altid har haft fra den hånd. I samme åndedrag vil jeg sige tak til min hovedvejleder Lisbeth B. Knudsen for mange gode og tankevækkende diskussioner, og for hendes ligeså uforbeholdne støtte til mine til tider mærkværdige idéer. Det er uvurderligt at have en person, der altid støtter op om én. En stor tak skal også lyde til min bivejleder Antje Gimmler for at have udfordret mine tanker og pirket til argumentationens ømme punkter, når det hele blev en tant for pompøst og højtravende. Hvis afhandlingen stadig er det, er det i hvert fald alene undertegnede eget ansvar.

En stor tak til mine venlige, rare og arbejdsmiljøvidende kollegaer på Arbejdsmedicinsk Klinik, Regionshospitalet Herning, der især i projektets opstart tog sig god tid til at diskutere mine idéer med mig; i særdeleshed tak til Imogen Vilstrup, Regine Grytnes og Kent Nielsen for altid at have tid til at hjælpe eller diskutere de ting, jeg var i gang med. Det sætter jeg stor pris på. Også tak til Kurt Rasmussen for at have bevilget mig den nødvendige tid til at gøre arbejdet med afhandlingen færdigt. Derudover en tak til mine kollegaer i Castor-gruppen ved Institut for Sociologi, Sociale Forhold og Organisation for ved forskellige lejligheder at have kommenteret interesseret på dele af min afhandling, og for at have haft muligheden for at færdes i et inspirerende forskningsmiljø. Tak til Jakob Skjøtt-Larsen for gentagne gange igennem forløbet velvilligt at have hjulpet mig med SPAD og diskussionen af mine korrespondanceanalyseresultater. En særlig varm tak skal også lyde til de personer jeg gennem årene har delt kontor med i kortere eller længere tid: først Jens Folke Harrits, som med sin venlighed og oprigtige interesse gav mig mod, senere Morten Kyed, for sociologiske ad hoc diskussioner om dette og hint, og i afhandlingens slutspurt, Charlotte Overgaard, der deler min interesse for epidemiologien.

En tak skal også lyde til medlemmerne af ASUSI-gruppen: Elsebeth Lynge og Torill Tverborgvik, men særligt Kristina Johansen og Trine Rønde Kristensen, som jeg gennem hele processen har haft rig lejlighed til at drøfte mine idéer og sygefraværsforskningen mere generelt med. Sidst men ikke mindst en tak til Sigurd Mikkelsen for sin altid grundige og udfordrende kritik: tak for kampen.

Ligeledes en tak til de mere end 14.000 mennesker, der tog sig tid til at besvare spørgeskemaet, der har gjort dette projekt muligt og en særlig tak til de 18 mennesker, der efterfølgende tog sig tid og

indvilgede i at fortælle om deres liv med arbejde og sygefravær. Tak til Arbejds miljø forskningsfonden for økonomisk støtte til projektet.

Slutteligt vil jeg også takke min kæreste Karungyi Ajule Buga for hendes opbakning og støtte og til allersidst min datter Rosa – for altid at kunne give mig et smil på læberne. Af hjertet, tak.

De fejl og mangler, der givetvis stadig er tilbage i denne afhandling, er naturligvis alene mit eget ansvar.

Claus D. Hansen
Aalborg, 21. September 2009

Prolog

Introduktion¹

Sygefravær

Den 8. juni 2008 fremlagde den 'borgerligt-liberale'-regering for anden gang i sin regeringsperiode en handlingsplan og et lovkatalog, der skulle udmønte det eksplicitte mål om at nedbringe og reducere sygefraværet blandt danskerne, der siden november 2007 har været en del af regeringsgrundlaget.

Helt præcist er målet at reducere sygefraværet med 20% frem mod 2015, ikke mindst fordi "den største opgave i de kommende år" - som det hedder i det afsnit i regeringsgrundlaget, hvor sygefravær som politisk prioritet optræder - "...bliver at sikre tilstrækkeligt med hænder og hoveder på arbejdsmarkedet - både i de private virksomheder og i de offentlige institutioner. Allerede i dag er der problemer med at rekruttere arbejdskraft på en række vitale områder. Udfordringen bliver kun større fremover, når der bliver flere ældre og færre i den erhvervsaktive alder. Der er derfor behov for en ekstra indsats for at øge udbuddet af arbejdskraft... Regeringen vil derfor sætte markant ind for at få endnu flere mennesker flyttet fra overførselsindkomst til arbejde." (Regeringen, 2007, s. 14)

At sygefravær på den måde bliver gjort til et arbejdsmarkedspolitisk problem, er på ingen måder nyt, selvom det nu heller ikke er en lovmæssighed.² Men for den ikke-øvede observatør vil et sådant mål virke en kende abstrakt, lidt virkelighedsfjernt, men heller ikke voldsomt kontroversielt eller anstødeligt. For hvad betyder det i grunden, at man vil reducere sygefraværet med 20% over 7 år?

I handlingsplanen kan man læse følgende: "Hver dag bliver 150.000 mennesker hjemme, fordi de er syge." (Regeringen, juni 2008, s. 6). Denne konstatering er - i sig selv - noget problematisk, for den eneste måde, man kan komme frem til den betragtning, er ved at bruge det lidt abstrakte mål, personår, som er udbredt i både økonomien, i epidemiologien og sågar demografien, men som dog vanskeligt kan oversættes til noget let forståeligt mål for ganske 'almindelige mennesker'. Men oversat til almindeligt dansk betyder det, at hvis man tager samtlige sygedage, alle danskere har i løbet af et år, og fordeler dem således, at hver person 'fyldes' op til maksimum (dvs. 365 dage), vil i alt 150.000 mennesker *hver eneste dag, hele året rundt* være sygefraværende. Det siger sig selv, at det eksakte antal sygemeldte fra dag til dag vil variere meget. Men som en gennemsnitsbetragtning siger dette tal noget om, hvor stort omfanget af sygefravær er, selvom handlingsplanens pædagogisering af målet er både upræcist og ubrugeligt.

Men lad os alligevel lege med på spøgen, samtidig med at vi kan forsøge at 'oversætte' betragtningerne til mere håndgribelige størrelser. Hvis regeringens mål frem mod år 2015 er at reducere de 150.000 personårs sygefravær med 20%, vil det give i alt 30.000 personår. Hvis vi på lige så abstrakt vis omregner dette tal til, hvad man lidt polemisk kunne kalde menneskelige 'normaldage', ja så når vi frem til, at sygefraværet skal reduceres med i alt $30.000 \cdot 365$ dage - dvs. med 10.950.000 'normaldage' inden 2015. Det svarer med andre ord til, at hver eneste af de 4.260.307 danskere over 18 år skal have 2,6 sygedage mindre om året i 2015. Og hvis vi i den forbindelse udregner reduktionen alene for den del af befolkningen, som er i arbejde, er tallet i stedet 3,8 sygedage.³

For nogen kan denne beregning måske virke en kende fjollet, kunstig eller decideret uvidenskabelig. Men at den alligevel ikke er helt fjern fra den tankegang, der ligger bag tiltaget, kan man se ved at kigge nærmere i det debatoplæg, der ledsagede den første diskussion af sygefravær under den 'borgerligt-liberale' regering tilbage i maj 2003. Her kunne man læse følgende note: "Hvis de beskæftigede i

gennemsnit var syge én dag mindre, ville sygefraværet kunne nedbringes med 10.000 helårspersoner.” (Regeringen, 2003, s. 3) Her gjorde man sig altså samme tankeeksperiment: Hvad nu hvis vi alle sammen tog et ansvar og var lidt mindre syge? Hvor meget skulle der så til for at skaffe lidt flere hænder? For at øge arbejdsstyrken? Og svaret var dengang, at blot én enkelt sygedag mindre fra os alle sammen kunne skaffe ligeså meget arbejdskraft som en nedsættelse af skatten med 0,7% af BNP (dvs. størrelsen af den skattenedsættelse, der blev gennemført i foråret 2004).⁴ Et i sandhed fristende mål at formulere for politikerne, der på den ene side gerne vil indfri befolkningens stigende ønsker til offentlige velfærdsgoder, men som på den anden side ikke vil finansiere sådanne løfter med højere skatter. Tilbage står kun muligheden for at prioritere skarpere eller at rationalisere allerede eksisterende ordninger. Her er netop sygefravær unægtelig en interessant udgiftspost, fordi der i virkeligheden er tale om udgifter, der ikke har nogen værdi i sig selv. Samtidig skyldes udgifterne noget alle kan blive enige om ville være en god idé at reducere: sygdom. Og når det forholder sig sådan er det vel heller ikke et urimeligt mål at stille? At vi alle sammen tager ansvar for vores *fælles* velfærd ved at være lidt mindre syge og dermed væk fra vores arbejde.⁵

At sygefraværet behandles på en lidt abstrakt måde, er dog ikke det eneste, der kan være lidt tankevækkende ved oplægget. Hvad der må forekomme endog mere mærkværdigt er, at der i handlingsplanen for at nedbringe sygefraværet ikke er ét eneste ud af 30 mulige forslag, der går på at forbedre folkesundheden generelt i befolkningen (Regeringen, 2008). Reduktionen i sygefraværet skal altså alene komme ved ændringer af den måde sygefraværet administreres på via regelforenklinger og holdningsændringer (og deres afledte adfærdsmønstre) både blandt danskerne, de danske virksomheder og i særdeleshed i den kommunale sygedagpengeopfølgning. Reduktionen skal ikke komme i stand ved, at danskerne generelt bliver mere sunde og raske, og har mindre brug for fravær på grund af sygdom. Det er ikke *her* problemet ligger.

Implicit bag denne tankegang gemmer der sig en forestilling om, at i hvert fald en del af det nuværende sygefravær er mistænkeligt. Sygefraværet er højere end det *burde* være; højere end det *kunne* være: ”Analyser af sygefraværets sammensætning [viser], at en væsentlig del af fraværet kan nedbringes. Graver vi et spadestik dybere, viser det sig nemlig, at der er store variationer i sygefraværet mellem ellers sammenlignelige kommuner, virksomheder og faggrupper. I nogle tilfælde kan forskellene forklares. f.eks. ved, at en virksomhed har særlig mange langtidssygemeldte eller udviser et stort socialt ansvar for svage medarbejdere. *Men en meget stor del af forskellene lader sig ikke forklare ved andet, end at der er nogen, der gør det bedre end andre.*” (Regeringen, 2003, s. 4, min kursivering). Man kunne også vende den om og konstatere, at nogen åbenbart gør det dårligere end andre; at det høje sygefravær enten skyldes, at nogen virksomheder har et for ’dårligt arbejdsmiljø’, at nogle kommuner er for ringe til at følge op og har brug for at gennemføre en ’bedre opfølgning’ på de sygemeldtes situation, at nogle medarbejdere er for tykke og dovne (’usund livsstil’, som det forholdsvis neutralt hedder i debatoplægget) og måske har en decideret ’dårlig moral’, hvor ’pjækkeri’ er en naturlig del af hverdagen.

Selvom det i debatoplægget fra 2003 gøres klart, at der alt for længe har været en ufrugtbar ’pegning-fingre-af-hinanden’-tilgang til det høje sygefravær. Og selvom der i det hele taget er stor uenighed om, hvor meget hhv. arbejdsmiljøet, livsstilen og holdningerne har af betydning for fraværet. Så er det alligevel ikke så ufrugtbart, at man slet ikke vil bringe disse emner op i debatoplægget, hvilket får den konsekvens – i hvert fald indirekte – at man får reproduceret disse tankemønstre.

Præmissen for diskussionen er, at sygefraværet er for højt, også selvom en anden analyse af sygefraværet konstaterer det modsatte: ”Ser man på det lidt længere sygefravær af mindst en uges

varighed ligger Danmark relativt lavt i en international sammenligning.” (Beskæftigelsesministeriet, 2008, s. 17). Præmissen er, at sygefraværet er skidt for samfundet og virksomhederne, fordi det er dyrt, og fordi vi mangler arbejdskraft; præmissen er, at det er skidt for den enkelte, fordi vedkommende risikerer at ryge helt ud af arbejdsmarkedet, hvis sygefraværet strækker sig over for lang tid.

Men bag alle disse præmisser – som ud fra et helt bestemt perspektiv kan være ganske rigtige og fornuftige – gemmer der sig en anden historie om sygefravær; en historie, der tager udgangspunkt i de mennesker, som hver eneste dag året rundt bliver hjemme fra arbejde pga. sygdom, eller som er forskånet fra at skulle det, men til gengæld oplever, at deres kollegaer gør det. De mange mennesker, der frem mod år 2015 i gennemsnit skal blive hjemme fra arbejde 4 dage mindre om året, fordi det er skidt for samfundet, skidt for deres arbejdsgiver og i sidste ende skidt for dem selv, når sygefraværet er for højt. Vender man sig væk fra makroperspektivet og konstateringen af, at sygefraværet er for højt, fordi nogens fravær er lavere end andres, er der grund til at spørge: Hvad er sygefravær overhovedet for noget, når man *ikke* ser det med politikernes eller med økonomerne i Finans- og Beskæftigelsesministeriets øjne? Hvad er sygefravær for noget, når man spørger helt almindelige danskere, i deres helt almindelige hverdag? Det er dét spørgsmål dette skrift i al ydmyghed forsøger at besvare, velvidende, at der ikke kun findes ét svar, og velvidende, at selv den tykkeste og tungeste, den mest støv-opsamlende-potentialitet af en bog ikke ville kunne gøre dette spørgsmål endegyldig og fyldestgørende retfærdighed.

Mål

I de mange eksisterende publikationer om sygefravær trækkes der på et væld af videnskabelige undersøgelser fra ind og udland, som med hvert deres perspektiv kommer med bud på, hvad der kan gøres for at reducere sygefraværet. I den forstand er sygefravær et fænomen, som har fået opmærksomhed fra mange forskellige fagdiscipliner, hvad enten det er medicin, psykologi, økonomi eller sociologi. I det største review af sygefraværsforskningen de senere år, fremhæver man netop disse fire discipliner. Man må dog lede forgæves efter direkte henvisninger til de studier, de svenske reviewere anser for at tilhøre den sociologiske fagdisciplin (se Allebeck & Maastekaasa, 2004a).

Men måske er det ikke forglemmelse fra reviewernes side, som er skyld i fraværet af eksplicitte henvisninger til sociologiske sygefraværstudier. Allerede i starten af 1960'erne blev fravær (og dermed indirekte også sygefravær) udråbt som 'en social kendsgerning med brug for en teori' af den norske sociolog Dagfinn Ås (Ås, 1962). Artiklen har ikke spillet nogen synderlig rolle for forskningen i sygefravær, men konstateringen er mindst lige så aktuel i dag, som den var tilbage i 1962 (for en lignende pointe se Alexandersson & Hensing, 2004). Selvom der i dag er et væld af personer involveret i forskningen om sygefravær, er det bemærkelsesværdigt, hvor lidt dette fænomen har været undersøgt fra en eksplicit sociologisk vinkel. Ås' egen artikel – der på ingen måder kan betegnes som Durkheimsk på trods af den ellers lovende titel – udgør således heller ikke noget godt eksempel på, hvordan en *sociologisk* analyse af sygefravær kunne tage sig ud.

I stedet er forskningen domineret af epidemiologiske og 'management-inspirerede' tilgange til fænomenet. F.eks. rapporterer svenskerne bag ovennævnte review, at der er fundet 1500 artikler om sygefravær i MEDLINE, ca. 1000 i PSYCINFO, mens det blot er 500 i SSCI (Alexandersson & Norlund, 2004b). Der er således fem gange så mange epidemiologiske og 'management-inspirerede' artikler, som handler om sygefravær, end der er sociologiske. Og selvom det ikke i sig selv er

problematisk, resulterer det dog i, at det, der er 'state-of-the-art' indenfor sygefraværtsforskningen, indebærer en ganske særlig vinkel på fænomenet; en vinkel, der som alle andre indebærer, at andre dele af fænomenet forbliver usynlige; at de bliver ofre for blikkets blinde plet. At udpensle og forsvare den påstand er én af opgaverne med nærværende skrift;⁷ at 'redde' sygefraværets ikke-identiske rest en anden, særligt den del som på forskellig vis kunne beskrive som 'tilhørende' sociologien.

Tilgange

'Teoretisk' ramme og disciplinær tilknytning/ Gren

Nu er det jo på ingen måder selvfølgelig, hvad der menes, når man hævder at ville gennemføre en *sociologisk* analyse af et givent fænomen. Sociologien har fra sin fødsel i slutningen af 1800-tallet været multiparadigmatisk (Brante, 1985), og samtidig kan det være vanskeligt at afgrænse disciplinen fra nærliggende tilgange som f.eks. historie, filosofi, men også etnografi. Derfor må opgaven i første omgang være meget kort at præcisere, *hvilken* sociologi, der tales om, når målet med nærværende skrift er at skitsere en *sociologisk* analyse af sygefraværtsfænomenet.⁸

I det svenske review defineres den 'sociologiske' tilgang til sygefraværtsfænomenet på følgende måde: "Sociological research investigates the association between conditions in society and the living conditions of groups or individuals... Research may focus either on group characteristics (e.g. as defined by gender, education and income) or on the *conditions to which individuals are exposed* (e.g. work environment, living environment, social insurance system, etc.)... with discussion and conclusions often *focusing on how sick leave is influenced by structural factors*, i.e. work organization, social conditions, social insurance systems, etc." (Allebeck & Mastekaasa, 2004a, s. 36-7, min kursivering). Når der i reviewet tales om sociologiske sygefraværtsartikler, er det udelukkende artikler, der har en makro-orienteret, strukturalistisk tilgang, hvor de menneskelige aktører er helt eller delvist ude af billedet, måske fordi de indirekte bliver opfattet som brikker i et spil, som modelérvoksagtige figurer der – når de udsættes for en given eksponering – reagerer mere eller mindre automatisk på en forudsigelig måde; det menneskesyn, der her tilskrives sociologien, minder mistænkeligt meget om den *homo reagitus*, man finder i epidemiologien.

Selvom en makro-orienteret, strukturalistisk inspireret sociologi kan komme op med mange indsigtsfulde og rammende analyser af sygefraværet i Danmark, er det dog en alt for snæver og kunstig ramme, hvis den alene skulle gøre det ud for en sociologisk analyse af sygefraværet. Her er der i stedet brug for en flerhed af perspektiver og teoretikere: kritisk teori, dialektik, fænomenologi og praksisteori for blot at nævne nogle af de grene, der har fungeret som inspiration i behandlingen af sygefraværtsfænomenet i dette skrift. Centrale figurer i denne afhandlings teoretiske cocktail er derfor Adorno, Bourdieu, Habermas, Durkheim, Marx, Giddens, Højrup, Foucault m.fl. De fleste af dem behandles direkte i forbindelse med bestemte temaer, der dukker op i granskningen af sygefraværtsfænomenet, mens andre kun er til stede mere indirekte. Den teoretiske ramme for dette skrift kan man derfor med fordel kalde 'kvalificeret eklekticisme'.⁹

Lad mig parafrasere Henning Bech, fordi han på rammende måde formulerer såvel formål som fremgangsmåde for skriftet: "The task is to investigate the modern phenomenon of sickness absence as one that *exists*, examining its basic features and the conditions without which it couldn't exist and couldn't continue to exist. In this process, certain points will emerge from which one may take one's bearings in studying the origins of the phenomenon; but it is not the principal aim of the book to

answer this question. We are investigating as Marx might have said, the already existing sickness absence, not its coming into existence.” (Bech, 1997, s. 4).¹⁰ Når det er målet sniger der sig også et makroperspektiv ind i min behandling af sygefraværsfænomenet. Men det er et perspektiv, der ikke på forhånd afskærer aktørerne fra at handle og blot lader dem reagere på de eksponeringer de udsættes for. Det er i stedet hensigten at grave de mulighedsbetingelser, sygefraværsfænomenet forudsætter, frem, da man må antage, at netop disse udgør rammen, indenfor hvilken aktørerne handler og reflektivt praktiserer deres sygefravær.

I forbindelse med opremsningen af teoretiske inspirationskilder er det også på sin plads at fremhæve ét perspektiv, som har været særligt vigtigt: den epidemiologiske sygefraværsforskning, der både har fungeret som inspirator, men måske oftere som ’prügelknabe’ og skyggebokseropponent i mit forsøg på at skære en selvstændig sociologisk ramme at tænke sygefravær indenfor. Dette er ikke gjort i disrespekt overfor en stor og vigtig videnskabelig disciplin, men ud fra en forestilling om, at epidemiologiens delvist hegemoniske position i dette videnskabelige felt gjorde tilgangen særligt egnet til kritisk behandling. Det er mit håb, at det er lykkedes at skabe et bidrag, der hverken er for abstrakt til at kunne finde en plads i den mere etablerede sygefraværsforskning og den fortrinsvis epidemiologiske tankegang som præger den, men som alligevel ikke er så banalt, at de sociologiske tanker, der udvikles i afhandlingen også kan være af interesse for andre sociologer.

Metodologi

Dette skrift bygger fortrinsvist på et survey og dertilhørende sammenkoblinger af forskellige officielle registre (administrative databaser fra den offentlige forvaltning såvel som virksomhedsregistre indeholdende fraværsoplysninger). Men selvom den kvantitative tilgang derfor har et ’forspring’ – fordi den er tænkt eksplicit ind i det oprindelige forskningsdesign til ASUSI-undersøgelsen¹¹, har jeg – i modsætning til mange andre studier indenfor sygefraværsforskningen – tilladt mig at trække på et væld af andre og ligeså anvendelige kilder og metoder i forsøget på at nærme mig en sociologisk forståelse af sygefraværsfænomenet.¹² I forskellige sammenhænge trækkes der således på: kvalitative interviews, historiske kilder i form af tidsskrifter, debatter i Folketing og Landsting samt avisartikler fra nyere tid; kritiske diskussioner af andre studier af sygefravær.

På den anden side har jeg også været stærkt inspireret af Adorno’s tilgang til sociologien; en tilgang man kan kalde social fysiognomik (cf. Müller-Doohm, 2000, s. 136; Hansen, 2004). Selvom man næppe kan hævde, at brugen af surveymetoder er det mest oplagte valg som primær kilde til erfaringsmateriale, når man vil forsøge at respektere den sociale fysiognomiks fineste regel: princippet om genstandens forrang (Adorno, 1973, s. 183-6), så er jeg alligevel af den overbevisning, at den tilgang, der præsenteres her, har haft held til at undslippe de mest udbredte faldgruber ved ’variabel-sociologien’ uden samtidig at forfalde til en ukritisk hyldelse af en mere kvalitativt orienteret tilgang.¹³

At dette princip råder, betyder også et opgør med den snæversynethed, der opstår, når videnskab bliver reduceret til en konstant søgen efter ’evidens’. I reviewet af sygefraværsforskningen, der blev nævnt ovenfor, er det kun CRT’s – dvs. kontrollerede randomiserede forsøg – der kan opnå den højeste udmærkelse. Af den grund ekskluderes en lang række studier, ikke kun fordi de er designet uden nærmere omtanke, (for alt andet lige er et eksperiment selvfølgelig at foretrække, ligesom der bestemt findes rigtig mange rigtig dårlige studier, der kunne være designet bedre), men også fordi ikke alle aspekter af den sociale virkelighed *kan* randomiseres eller eksperimenteres med. *Ceteris paribus* er et

uopnåeligt ideal i en social virkelighed, der konstant forandrer sig, og hvor videnskabens frugter risikerer at flyde tilbage i livsverdenen og producere forandringer af det, man undersøger (f.eks. holdninger og/eller handlingsmønstre). Når man på den måde gør indhug i sygefraværfsforskningen, frasorterer studier, der måske forsøger at udlede *forudsætningerne* for fænomenet i stedet for at finde dets *årsager*, så risikerer man ikke at kunne se andet af fænomenet, end det man allerede vidste i forvejen; man risikerer at overse, undertrykke og gøre vold mod andre aspekter, som *også* karakteriserer fænomenet; man risikerer en fattigere, mere 'reglementeret' og dermed mindre videnskabelig erfaring af fænomenet, end man kunne have nået til.

Fremstillingsform og stil

Resultaterne af min forskning bliver i denne afhandling forsøgt fremstillet både med utraditionelle og konventionelle midler, indenfor såvel traditionelle som mere eksperimenterende rammer. F.eks. er afhandlingen ordnet i – i alt 6 kapitler, og der er i rækkefølgen af disse indskrevet om ikke andet så i hvert fald en implicit progression, der går fra Introduktionen via de enkelte kapitler med substantielle behandlinger af centrale aspekter af sygefraværfsfænomenet til det afsluttende kapitel, der forsøger at samle, konkludere og generalisere. Men i de enkelte dele er der brugt andre former, som er mere indirekte og til tider essayistiske f.eks. gennem brugen af montage og fragmenter, som er kendetegnet ved netop ikke at have en stringent linearitet mellem de enkelte dele, der kun er forbundet til hinanden via helheden.

Her er der ikke kun tale om et opgør med den rigiditet, der findes i den etablerede sygefraværfsforskning, hvor flertallet af artikler følger IMRAD-standarden¹⁴, men også med de konventioner, der karakteriserer ganske mange (sociologiske) afhandlinger. Men hvis målet med forskningen er at respektere genstandens forrang må det samtidig også indebære en langt større opmærksomhed på netop fænomenet og dets særegne egenskaber; en opmærksomhed, som også betyder et forsøg på at repræsentere disse egenskaber på en så adækvat og konkret måde som mulig. Dette lader sig ikke gøre, hvis fremstillingsformen på forhånd er afskåret fra at benytte sig af virkemidler, som ikke normalt tilhører det videnskabelige felt.

Hvis historien om sygefravær f.eks. ikke har udfoldet sig på nogen entydig, lineær facon, så er det vanskeligt at forsvare en kronologisk fremstilling af sygefraværfsfænomenets historie. Hvis sygefravær viser sig ikke at være noget entydigt fænomen er det vanskeligt (og problematisk) at analysere som blot én afhængig variabel. Det er vigtigt i denne sammenhæng at slå fast, at fraværet af en eksplicit systematik ikke er et tegn på, at analysen er usystematisk; at tage afstand fra IMRAD må således ikke anskues som et udslag af dovenskab eller provokation for provokationens skyld, men som et opgør mod nogle af de rammer, som ubemærket præger sygefraværfsforskningen på en problematisk måde f.eks. ved at udelukke teoretiske diskussioner af fænomenet.¹⁵

Evidens? Interesser, politik og værdineutralitet

De resultater, konklusioner og argumenter, der præsenteres i denne afhandling har ikke status af at være evidensbaseret; jeg påstår ikke engang, at de er interessefri eller værdineutrale. For en sådan tilgang findes ikke, uanset hvordan man end vender og drejer det. Ikke alene videnskaberne, men også de aktører, som påberåber sig disses legitimitet, er udstyret med forskellige erkendelsesinteresser, som på finurlig vis spiller ind, angiver retning og viser vej mod den interessante og relevante analyse (jf.

Habermas, 1971b). Derfor har ens politiske værdier en central betydning i at rette analysen til og udvælge, hvilke aspekter af fænomenet, det er interessant at beskæftige sig dybere med.

Men afhandlingen er også politisk på en anden og måske mere kontroversiel måde. For selve idéen om en politisk neutral samfundsvidenskab er ikke mulig, selvom det stadig bliver fremhævet som et ideal værd at stræbe efter blandt mange nutidige sociologer, også her i Danmark: "...the triple hermeneutic insists that sociologists refrain from taking sides in questions pertaining to politics and equally politically pertinent issues of the day – sociology is expected to provide sober analyses, diagnoses or interpretations to the general public that comply with the standards of scientific inquiry but which, at the same time, may potentially provide knowledge to general public about how, and why and in which situations to do things differently." (Jacobsen, 2008, s. 38). Problemet med dette dogme hænger ikke sammen med den trippelte hermeneutik, men den dobbelte; altså det faktum, at sociologiske analyser – i det omfang de flyder tilbage i livsverdenen, har en tendens til at indgå i og påvirke de mennesker, om hvilke de sociologiske teorier og analyser handler (cf. Giddens 1984, s. xxxv). Med andre ord kan man ikke forestille sig en sociologi, der ikke i et eller andet omfang er med til at påvirke den virkelighed, den studerer. Hvis man accepterer dette (forholdsvist ukontroversielle) standpunkt følger det også deraf, at selv en 'ren' beskrivende analyse også vil påvirke den sociologiske genstand. Men i stedet for at forandre genstanden vil denne i stedet forstærke og 'fordoble' det allerede eksisterende idet bekræftelsen af, at noget eksisterer på en måde man allerede havde på fornemmelsen i høj grad ville kunne være med til at gøre forståelsen af fænomenet mere fastlåst. Den beskrivende sociologi tingligger samfundet og er derfor politisk konservativ ind i sit inderste væsen og er af den grund heller ikke hverken værdi- eller politikneutral. Løsningen kan derfor kun være den *kritiske* tilgang, hvor genstanden undersøges i lyset af spændingen mellem det 'virkelige' og det 'mulige' (Müller-Doohm, 2000, s. 138); hvor man så åbent som muligt bekender kulør og fremhæver de værdimæssige og politiske præmisser, der har lagt til grund for den analyse, man har foretaget (cf. Hansen, 2004; Adorno, 2000a, s. 50-51).¹⁶

I forhold til sygefraværsforskningen betyder det blandt andet et opgør med den doktrinære forestilling om, at sygefravær ene og alene er noget skidt, som helst skal reduceres så meget som muligt. At denne forestilling er åbentlyst politisk og helt i linje med den herskende ideologi blandt politikere og magthavere i diverse interesseorganisationer (arbejdsgiverorganisationer såvel som fagforeninger) er ikke svær at se. Og selvom det ud fra et *arbejdsmarked*sperspektiv er korrekt, at sygefravær – og især længerevarende sygefravær – er et (væsentligt) problem, der er til ulempe for samfundet som helhed, ja så er denne indsnævring af perspektiver problematisk (og politisk ikke at forglemme), hvorfor vi i stedet må forsøge at operere med et mere åbent perspektiv (eller en flerhed af perspektiver), der forsøger at undersøge, hvilke funktioner, hvilken status og hvilke forudsætninger sygefraværsfænomenet har i det moderne samfund; ikke mindst fordi fænomenet måske har nogle skjulte sider eller funktioner, som ikke levnes megen opmærksomhed, når det diskuteres i offentligheden.

Resumé

Afhandlingen er delt i 2 dele, der har hver deres distinkte formål, og som i princippet kan læses uafhængigt af hinanden. De to dele forsøger på hver deres måde at bidrage til en sociologisk forståelse af sygefraværsfænomenet enten gennem kritiske engagementer med andres forskning og teori eller gennem selvstændige erfaringsbaserede analyser og ekspositioner. I en række af kapitlerne er det muligt at læse de enkelte afsnit i kapitlet selvstændigt, da de i en vis forstand belyser netop én særskilt vinkel på

sygefraværsfænomenet, men alle afsnittene indgår naturligvis også i en helhed, hvis overordnede formål præsenteres mere systematisk enten i starten eller i slutningen af hvert kapitel.¹⁷

I afhandlingens første del bruges der tid på at granske den tilsyneladende udbredte forestilling, at sygefravær skulle være et universelt fænomen. Det indebærer blandt andet en kritisk stillingtagen til de – som nævnt ovenfor – to mest produktive grene af sygefraværsforskningen: epidemiologien og den ’management-inspirerede’ tilgang. Kapitel 1 indeholder en første introduktion til problematikken vedr. en universalistisk tilgang til fænomenet, mens kapitel 2 forsøger at grave sig ned i sygefraværets naturhistorie med udgangspunkt i Danmark for at vise det uholdbare i dette standpunkt fra en anden vinkel. Kapitel 3 indeholder både en eksplicitering og kritik af de forudsætninger, der findes i den epidemiologiske sygefraværsforskning såvel som i den mere ’management-inspirerede’ litteratur – en opgave, der både gribes an gennem en immanent kritik såvel som en kritik med støtte i det afhandlingens primære erfaringsmateriale (dvs. spørgeskemamateriale fra et repræsentativt udsnit af kernearbejdsstyrken).

I afhandlingens anden del forfølges hovedargumentet fra del 1 fra en anden vinkel samtidig med, at skitserne til en alternativ sociologisk analyse af sygefraværsfænomenet udfoldes: I første omgang skitseres der to forskellige typer af kvantitativt baserede analyser af (centrale delasppekter af) sygefraværsfænomenet: én der baserer sig på den traditionelle regresionsbaserede risikofaktortilgang – der diskuterer svagheder og de implicite forudsætninger, der opereres med i den epidemiologiske sygefraværsforskning. Det er indholdet af kapitel 4. Derudover udvikles en alternativ tilgang til studiet af sygefravær, der tager udgangspunkt i en sociologisk forståelse af fænomenet, som i det store hele trækker på en teoretisk forståelse af sygefravær hentet fra Bourdieu, hvor fænomenet opfattes som en praksis, der udspringer af habitus, og hvor sygefraværspraktikkerne antager forskellige former afhængigt af placeringen i arbejdslivsrummet (og/eller homologt i de andre felter, hvori denne praksis udspiller sig). Kapitel 5 indeholder ligeledes en kort introduktion til korrespondanceanalysen, som er det foretrukne statistiske analyseredskab, der knytter sig til en sådan dialektisk forståelse af sygefravær. Dette indebærer også en diskussion af, hvordan denne metode knytter an til det Adornoske perspektiv, der ellers er lagt på sygefraværsfænomenet gennem resten af skriftet. Herefter bliver disse idéer omsat i en konkret analyse af de arbejdsvilkår, der kan tænkes at strukturere sygefraværspraktikkerne i Danmark.

Afhandlingens sidste kapitel præsenterer yderligere skitser til et sociologisk perspektiv på sygefravær. På baggrund af korrespondanceanalyserne bliver der i kapitel 6 dykket ned i forskelligartede tematikker, der knytter sig til den måde sygefravær bliver praktiseret på i bestemte positioner i arbejdslivsrummet. På den måde illustreres det hvordan sygefraværsfænomenet er et heterogent og stærkt kontekstafhængigt fænomen, der ikke lader sig behandle på standardiserede måder på tværs af erhverv, livsformer og social klasse. I erkendelse af, at der udelukkende er tale om et udvalg af tematikker er kapitlet derfor lagt frem som en montage af mere eller mindre forbundne fragmenter. Slutteligt bliver der i afhandlingens konklusion fulgt op på nogle af de påstande og spørgsmål, der er rejst i Introduktionen ligesom det peger frem mod eventuelle nye studier af sygefraværsfænomenet.

¹ Formen til denne introduktion har jeg skamløst stjålet fra professor Henning Bech's sublime værk, *When Men Meet* (Bech, 1997), i hvilket han ikke alene udvikler en interessant og rammende analyse af den homoseksuelle eksistensform som en paradigmatiske case på det moderne samfunds tilblivelse, men hvor han samtidig udfordrer gængse måder at præsentere og fremstille sociologisk materiale dybt inspireret af de tre tyske tænkere Kracauer, Benjamin og Adorno. Selvom jeg på ingen

måder gør mig illusioner om, at mine litterære kvaliteter er på højde med Bechs (endsige de tre tyskere), har jeg alligevel tilladt mig selv at lade denne afhandling eksperimentere med fremstillingsformen. Det har sine fordele og sine ulemper. Men det er i hvert fald tro mod et princip, jeg har adopteret fra netop Adorno: at sociologien ikke kun skal levere 'socialt nytterigt arbejde', men også skal bidrage til at 'hitte rede i verden' (Adorno, 2000a, s. 1-9). Som studerende i sociologi, skal man derfor både stræbe efter at skaffe sig selv nogle evner, der kan være brugbare senere hen, men samtidig også forsøge at udfordre sig selv, og nå til nye forståelser af den sociale virkelighed. Analogt har jeg valgt at forfølge en tankegang, der ikke blot gør PhD-afhandlingen til en måde at transmittre resultaterne af ens forskning til dem, der måtte læse den. Jeg har også forsøgt at udlægge resultaterne på denne måde for at udfordre min egen forståelse af virkeligheden.

² Mere om denne pointe i kapitel 2, afsnit 6, hvor det er statens skiftende interesse i sygeforsorgs spørgsmålet, der er under behandling.

³ Ifølge den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik var der ultimo november 2008 2.857.565 erhvervsaktive i Danmark. (se Statistikbanken, 2009, RASB1).

⁴ Effekten på arbejdsstyrken af den skattelempelse, der blev foretaget i foråret 2004 var netop 10.000 personer mere på arbejdsmarkedet (Finansministeriet, 2005, s. 2)

⁵ Her skal det medgives, at der i begge handlingsplaner primært fokuseres på det *langvarige* sygefravær, men når der alligevel kan findes en note, hvor man har beregnet, hvor mange helårspersoner det vil betyde, hvis vi *alle* påtog os et ansvar, synes det ikke helt urimeligt at fortsætte ud af den tangent af rent 'spekulative' grunde. Og det ændrer heller ikke ved, at netop holdningsændringer er et væsentligt parameter i begge handlingsplaner, men i særdeleshed den første. Derfor bliver 'almindelige' danskeres sygefravær, som kan være påvirket af disse ændringer, også interessant.

⁶ Termen er helt og aldeles hjemmestrikket, men referer i al væsentlighed til de discipliner indenfor primært psykologien, der har arbejde, organisation og ledelse som deres primære fokus. I databasen PSYCINFO drejer det sig fx om tidsskrifter som Academy of Management Journal, Administrative Science Quarterly, Applied Psychology, Asia Pacific Journal of Human Resources, Asia Pacific Journal of Management og mange, mange flere. Det er selvfølgelig en inadækvat definition, der ikke giver denne vinkel på sygefraværet sin rette opmærksomhed. Men det er alligevel min overbevisning, at man kan lave en grovinddeling af sygefraværsforskning i disse to dele uden alt for mange forbehold. I kapitel 3 betegnes tilgangen som arbejds- og organisationspsykologi, men også denne term er upræcis, fordi den ikke tager højde for selve ledelselementet.

⁷ Det gøres der særligt meget ud af i kapitel 3, hvor der i afsnittene A-C netop fokuseres på de med dominerende perspektiver på sygefravær i hhv. offentligheden og den mest citerede sygefraværsforskning og de aspekter af fænomenet som dermed falder ud af syne når man vælger sådanne perspektiver.

⁸ Selvom den sociologiske tilgang, der ligger til grund for afhandlingen, skal ses som en helhed, hvor hvert enkelt kapitel bidrager med unikke aspekter, er der dog særligt fokus på sygefravær i et sociologisk perspektiv i kapitel 3, afsnit C, hvor det er den eksisterende sociologiske litteratur om sygefravær, der granskes nærmere. I kapitel 5 og kapitel 6 analyseres sygefraværet i et sociologisk perspektiv, der fokuserer på sygefravær som en handling, der reflektivt praktiseres af aktører, der indtager forskellige positioner i arbejdslivsrummet, og derfor må håndtere evt. diskrepanser mellem arbejdsevne og arbejdsopgaver på forskellig vis afhængigt af de kontekstuelle faktorer, der findes der.

⁹ Adorno har en glimrende refleksion over begrebet eklektisk: "The term 'eclectic' is surrounded by the same pejorative connotations as 'mannerism'. Artists who are said to be mannered stand accused of having concentrated exclusively on one single feature which has been rigidly isolated and developed at the expense of the living totality. The eclectic, on the other hand, is criticized for having internalized every possible fashion, particularly stylistic fashions, and combined them without ever achieving a tone that is peculiarly his own. The two concepts mark the extreme points on a scale which is defined by the idea of balance and compromise... It is not for nothing that the word 'synthesis' – which is equally opposed to both mannerism and eclecticism – sounds so feeble. The mediation between divergent trends can only be achieved nowadays by

working through the extremes, not by any conciliatory compromise. To appeal to synthesis as an antidote to eclecticism is to imagine that the totality now inaccessible from within could yet be achieved, as always, by the man of genius. In short, mannerism and eclecticism are not the indices of individual failure, but stigmata inflicted by history... What is mannerism and what is style can only be established conclusively after the fact... It is quite common for composers to be credited with having achieved a synthesis even though they would have been labeled eclectics if they had been less successful. Objective criteria for distinguishing between the two are lacking, as is any penetrating consideration of what should be approved and what rejected.” (Adorno, 1992b, s. 111-2) Ved at hævde, at afhandlingen er eklektisk, har jeg i hvert fald ikke taget munden for fuld og påstået, at der kan være tale om en syntese, og ligeledes har man tildels accepteret det forhold, at der i moderne samfund findes visse modsætningsfyldte tendenser, der umuliggør en fuldstændig forsoning mellem divergerende perspektiver. Forskellige teorier om sygefravær er således ikke udtryk for en mangelfuld teoretisering, der kunne løses én agng for alle ved en syntese mellem de konkurrerende perspektiver – de er derimod udtryk for fænomenets kompleksitet og den fundamentale ikke-identitet mellem begreb og fænomen, der præger de moderne samfund.

¹⁰ Bech taler naturligvis om homoseksualitet og ikke om sygefravær i det oprindelige citat, ligesom han i en note bemærker, at Marx ikke talte om homoseksualitet men om kapital (Bech, 1997, s. 4). Pointen er imidlertid den samme som hos Bech: at vi her benytter os af denne transcendentale måde at stille spørgsmål på; en måde, der kan spores tilbage til Kant (og Marx), hvor hovedtanken er at afgøre, hvilke betingelser, der skal være til stede for at et allerede eksisterende fænomen er muligt. I den forstand er afhandlingen – ligesom resten af den sociologisk tradition – indskrevet i det Gillian Rose kalder det ’neo-kantianske paradigme’ (Rose, 1995, s. 1)

¹¹ Afhandlingen og det datamateriale den primært benytter sig af, indgår som delprojekt i forskningsprojektet ASUSI (2004-2008), der i slutningen af 2003 fik en bevilling fra Arbejds miljøforskningsfonden. Formålet med denne del af delprojektet var at afdække betydningen af en lang række faktorer for udviklingen af længerevarende sygefravær. Som I vil se, indgår dele af disse analyser stadig direkte i afhandlingen. Samtidig ansporede arbejdet i projektgruppen mig til at sætte gang i en større refleksion over, hvad sygefravær overhovedet er for en størrelse. Dette blev taget for givet i såvel sygefraværslitteraturen som i projektgruppen, hvorfor det var særligt interessant for mig at sætte fokus på det. Men det betød samtidig, at der var lagt en del bindinger på de muligheder, der var for at vælge forskningsdesign frit. Det betyder, at det indsamlede erfaringsmateriale – selvom det i mange henseender er unikt og meget brugbart – alligevel sætter en række kraftige begrænsninger på undersøgelsen af sygefravær som en refleksiv praksis. Det gælder ikke mindst fraværet af prospektive oplysninger om begrundelser for sygefravær samt deltagernes tilbøjelighed til at gå syge på arbejde af forskellige grunde.

¹² I Müller-Doohms glimrende udlægning af Adorno’s sociologi kan man læse det følgende om metodemangfoldighed: ”Adornos Analysen über Grenzen und Reichweite der empirischen Forschungsmethoden in der Soziologie antizipieren die Einsicht, daß es keineswegs *die* eine ’richtige’ Empirie gibt, ’sondern verschiedene Empirietypen, die nach unterschiedlichen Regeln produziert werden und nicht aufeinander reduziert werden können.” (Müller-Doohm, 2000, s. 140) Denne indsigt har også været styrende for valg af ’metoder’ i denne afhandling.

¹³ Kritikken af ’variabelsociologien’ og kritikken af ’risikofaktortilgangen’ udgør det ene ben i denne del af afhandlingen, mens det andet ben udgøres af de alternative, der skitseres ved hjælp af brugen af korrespondanceanalyser som en mere helhedsorienteret måde at analysere fænomenet på. Den rent kvantitative del af denne ’redning’ af den kvantitativt orienterede analyse måde findes i kapitel 4 og kapitel 5.

¹⁴ IMRAD-metoden (hvis forkortelser står for Introduction, Methods, Results, And Discussion) har siden 1940’erne været brugt intensivt i sundhedsvidenskaberne og har siden 1980’erne været den eneste måde at afrapportere videnskabelige arbejder på indenfor epidemiologien, i hvert fald hvis man ville have sin forskning optaget i nogle af de mere anerkendte tidsskrifter (Sollaci & Pereira, 2004).

¹⁵ Her tænkes der især på det man kunne kalde ’risikofaktortilgangen’, hvis forudsætninger og blinde pletter analyseres og kritiseres i kapitel 4.

¹⁶ Det er selvfølgelig vigtigt her at fremhæve, at blot fordi sociologien altid allerede er politisk, er det ikke ensbetydende med, at den er *partipolitisk*.

¹⁷ Her er afhandlingen inspireret af en anden stor Adorno og Benjamin-kender nemlig Susan Buck-Morss, der med sit store værk om utopier i såvel Vesten som det gamle Sovjet har skabt en overbevisende applikation af mange af de tanker Benjamin gjorde sig om Passageværket (Buck-Morss, 2000). I bogen benytter Buck-Morss sig i høj grad af konstruktionen af konstellationer blandt andet gennem fragmenter, men har dog samtidig valgt at starte hvert kapitel eller afsnit med en 'note om metode', der på den måde giver læseren en vejledning i hvordan de skal gribe teksten an (se f.eks. Buck-Morss, 2000, s. xv, 1, 41, 97).

Første del

Kapitel 1

Sygefraværets partikularitet¹

1. Sygemelding

Kære Arne,

Denne mail er svær for mig at skrive, for jeg er nødt til at se mig selv dybere i øjnene, end jeg nogensinde før har gjort. På vej tilbage fra vores møde i dag, fik jeg et voldsomt angstanfald på Storebæltsbroen, som jeg har passeret i bil mere end 100 gange.

Jeg har egentlig vidst, at jeg var ret presset, men jeg var ikke klar over, hvor slemt det stod til. Jeg er nu nødt til at svigte dig, nødt til at svigte vores udfordringer og mine medarbejdere, der står overfor PU-samtaler og forventer cheftilstedeværelse. Men jeg kan ikke, jeg kan simpelthen ikke leve op til de forventninger, sådan som jeg har det nu.

Jeg er nødt til at kaste håndklædet, få en sygemelding og håbe, at I vil bakke op. Mit mål er at vende tilbage, men lige nu ved jeg ikke, om jeg bliver i stand til det. Jeg synes, at vi skal tage en snak snarest og planlægge et forløb, hvis du stadig ønsker mig med på holdet. Jeg er helt klar over, at jeg svigter, og det beklager jeg dybt, men jeg kan desværre ikke gøre andet. Jeg ville ønske, at tingene så anderledes ud.

Jeg synes selv, at jeg lyder som et tudefjæs, men tro mig, kunne jeg tage bare én dag til med sammenbidte tænder og vilje, så gjorde jeg det. Dette er en situation, som jeg aldrig troede, at jeg ville havne i. Det er slet ikke mig at svigte i en svær situation. Jeg kan desværre bare ikke gøre andet.

Mange hilsner

Steen

(Berlingske Tidende, 26. november, 2005)

Selvom ikke alle har stået i den situation, Steen beretter om i sin sygemelding til Arne, kan vi alligevel alle nikke genkendende til det overordnede mønster: en sygemelding er karakteriseret ved, at man befinder sig i en situation, hvor det – af helbredsmæssige grunde – ikke længere er muligt at varetage de forpligtelser, som er knyttet til det arbejde, man besidder; man må blive fraværende. Hvad end mediet, der formidler meldingen (email, telefonopkald, sms eller stedfortræder), eller de helbredsmæssige grunde, der står bag (stress, maveonde, brækkede ben eller noget så eksotisk som *plasmodium falciparum*²), er mønstret det samme.

Og (syge)fravær er et universelt fænomen, hvis udbredelse ikke begrænser sig til Danmark eller andre vestlige lande, men som også kan findes på den helt anden side af kloden i Østens gamle kejserriger (Johns & Xie, 1998). Ganske vist er der forskelle, men de begrænser sig til variationer i værdier, holdninger og opfattelser – med andre ord kulturelle finurligheder, der f.eks. grunder i den mere individualistiske værdiorientering man finder i Vesten, som på flere måder adskiller sig markant fra de kollektivt orienterede værdier, der flourerer i Konfutse's Kina.

Fra anden side er det blevet bemærket, at ikke kun kulturen, men også institutionelle rammer, har betydning for sygefraværet (Allebeck & Mastekaasa, 2004a): ikke alene vil de officielle statistikker over sygefraværet variere i takt med hvor megen af fraværet, der bliver kompenseret for, og hvilke statistiske opgørelser, der udarbejdes; derudover vil det reelle niveau af sygefravær (hvad enten man måler dette som antal episoder, det samlede antal dage eller noget helt tredje)³ fluktuere som følge af forsikringens udformning og generøsitet (udgør sygelønnen 60, 70 eller 100 % af ens indkomst?) eller af andre faktorer i den samfundsmæssige kontekst (f.eks. niveauet af arbejdsløshed, landets økonomiske udvikling samt dets erhvervsstruktur).

Det kan derfor godt være, at Steens kinesiske tvilling – lad os bare kalde ham Li Xing – ville have forsøgt at tage flere dage med 'sammenbidte tænder', fordi de kollektivistiske kinesiske værdier betyder, at særligt mentale forstyrrelser kun i meget svagt omfang opfattes som en legitim begrundelse for sygefravær (Johns & Xie, 1998). Og det kan også godt være, at deres fælles bekendte i Sverige, Göran, i gennemsnit vil være længere om at vende tilbage fra sygesengen alene af den grund, at sygeforsikringen der ikke foreskriver nogen øvre grænse for, hvor længe man kan være sygemeldt. Det ændrer dog ikke ved det forhold, at fænomenet sygefravær og den dertilhørende sygemeldingsproces – i bund og grund er identisk på tværs af disse geografisk-rumlige grænser.

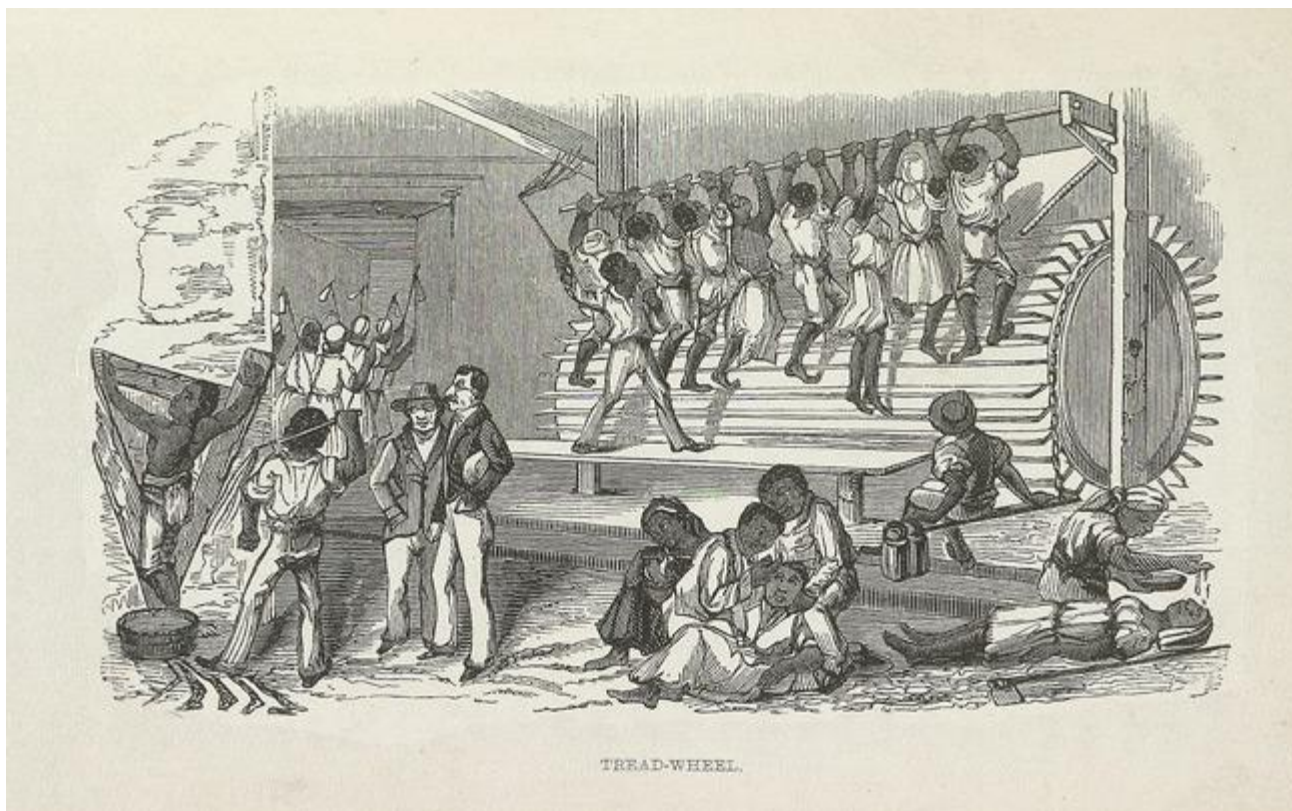
Sygefraværets universalitet begrænser sig dog ikke kun til den rumlige dimension på tværs af lande og kulturer. Steen, Göran og Li Xing's forlængst afdøde forfædre kunne også se sig nødsaget til at være fraværende fra arbejde af helbredsmæssige grunde: "That some individuals will not be able to support themselves due to health problems is a universal problem that every society must deal with. In peasant societies, there were forms of this through the extended family, but as increasingly more individuals began to sell their labour on the open market, other solutions were needed." (Alexandersson & Norlund, 2004a, s. 16). Således havde man allerede i 1600-tallets Amsterdam oprettet en sygekasse med det formål at give de ansatte (og deres familier) ved det pågældende trykkeri en fornuftig sikring i det tilfælde, de måtte bukke under for tuberkulosens tarvelige virkninger eller på anden måde pådrog sig en sygdom, der umuliggjorde deres tilstedelseværelse ved trykkeriets maskineri (Riley, 1987).

Der tegner sig altså et billede af sygefravær som et alment menneskeligt fænomen, der hverken kender geografisk-rumlige endsige historisk-tidslige grænser. Dermed ikke sagt, at ingen forskelle kan spores mellem forskellige perioder eller forskellige landes sygefravær, men det synes at forholde sig sådan, at disse ville kunne beskrives som *gradsforskelle* i forekomsten af en række mere eller mindre konstante egenskaber: *kompensationens størrelse, omfanget af hhv. individualistiske/kollektivistiske værdiorienteringer, kvinders erhvervsfrekvens, arbejdsløshedsprocenten, 'graden af frihed i kontrakten mellem arbejdstager og arbejdsgiver'* (Alexandersson, 1998) osv: Sygefraværet fremtræder i forskellige *former*, men fænomenets *indhold* er grundlæggende det samme.

2. Slavepigen Crankeba'⁴

Den tyveårige slavepige Crankeba havde igennem længere tid klaget over smerter i brystkassen og besvær med at trække vejret, da doktor Williamson i starten af oktober måned 1803 var på ét af sine vanlige besøg på proprietær Wallins sukkerplantage i det centrale Jamaica. Han havde før undersøgt den unge kvinde og havde indtrykket af, at hun var en ordentlig, pligtopfyldende og respektabel skabning, som plantageejeren – i modsætning til nogle af de andre negre - havde stor

nytte af. Efter at have lyttet på Crankeba's vejtrækning og foretaget yderligere undersøgelser var doktoren af den opfattelse, at der var tale om en alvorlig pulmonal lidelse, som straks krævede behandling med kvægsølvforklorid, opium og varm suppe flere gange dagligt. Han henvendte sig - efter at have tilset plantagens øvrige sengeliggende - til den tilsynsførende, der med vanlig ligegyldighed lod som om han noterede prækriptionen for Crankeba's behandling.



Da doktor Williamson adskillige uger senere igen var på visit på Wallins' sukkerplantage måtte han med beklagelse erfare, at den tilsynsførende tilsyneladende ikke havde fulgt hans anbefalinger vedrørende Crankeba's behandling. Hendes hoste var blevet værre, vejtrækningen mere besværet, og hun så ikke længere ud til at være ved godt helbred, da hun knoklede løs i trædehjulet sammen med en snes andre slaver.

Det var ikke første gang, at Williamson havde taget den tilsynsførende i at ignorere de foreskrifter han havde udstukket for én af negerne's videre behandling. Faktisk var han af den opfattelse, at Wallins' plantage var en plet på hele slavesystemet – noget som gjorde ondt helt ind sjælen på ham. For han var ellers en tro støtte af idéen om brugen af slaver ikke mindst for negernes egen skyld: man gjorde dem en tjeneste ved at give dem en fast hånd til at lede dem i stedet for at overlade dem til sig selv. Men det var desværre ikke alle plantageejere og da slet ikke de tilsynsførende, som levede op til disse visioner.

Det værste han havde set på plantagen var den måde den tilsynsførende organiserede arbejdet med at lave huller til sukkerrørene: Her havde han ikke sjældent oplevet, at den tilsynsførende – helt bevidst – blandede raske slaver med dem, der var syge eller sløje af den ene eller anden grund, for på den måde at sætte maksimalt pres på arbejdet med at få gravet hullerne. Der var ingen nåde, og i de tilfælde, hvor de syge ikke kunne følge med måtte de lægge ryg til prygl og

tærsk i et ubarmhjertigt omfang. Han havde forsøgt at tale med den tilsynsførende, men der var ikke noget der tydede på, at det havde haft eller ville få nogen betydning.

Da doktor Williamson en måned senere besøgte sukkerplantagen igen spejdede han forgæves efter Crankeba.

Beretningerne fra overgangen mellem det 18. og det 19. århundredes Caribiske Øer knytter an til én af de egenskaber, der blev behandlet ovenfor. Det drejer sig om 'graden af frihed i kontrakten mellem arbejdsgiver og arbejdstager', som den anerkendte svenske sygefraværsforsker Kristina Alexandersson (1998) så præcist formulerer det i én af hendes mange indsigtsfulde artikler om emnet. Hun bemærker i samme åndedrag, at det kapitalistiske produktionssystem er en forudsætning for den *forsikringsordning* vi finder som 'løsning' på sygefraværsproblemet i dag, og antyder dermed: 1) at der må have været en anden måde at løse sygefraværsproblemet på i de samfund, hvor nogle ikke ejer deres egen arbejdskraft, men er ejet af andre og måske mere væsentligt i denne sammenhæng, 2) at dette forhold ikke ændrer grundlæggende ved sygefraværsfænomenets fremtræden.

Men er det muligt at indordne relationen mellem slave og plantageejers på det samme 'frihedskontinuum' som relationen mellem arbejdstager og arbejdsgiver i moderne kapitalistiske samfund? Den hegelianske indsigt i forholdet mellem kvalitet og kvantitet kaster lys over dette forhold, hvilket Marx gør sig en bemærkning om i *Kapitalen*: "Penge- og varebesidderen forvandler sig først rigtigt til en kapitalist, når minimumssummen, der skal lægges ud til produktionen, langt overskrider det middelalderlige maksimum... Her, som i naturvidenskaben, vises rigtigheden af den lov, som Hegel opdagede (i sin 'Logik'), at rent kvantitative forandringer på et vist punkt slår over i kvalitative forskelle" (Marx, 1970, s. 463). I ét væk forvandles den sparsomme og flittige arbejder til en rigtig kapitalist på trods af, at der blot tilføjes mere af den samme kvalitet, og ikke noget genuint nyt.

Noget tilsvarende finder sted for graden af frihed i de kontraktlige forhold mellem arbejdsgiver og arbejdstager. Selvom man vil kunne beskrive den varierende grad af frihed de to parter nyder i forskellige situationer som kvantitative ændringer, vil der alligevel være grænser, hvor forholdet mellem de to helt ophæves og antager en kvalitativ anden karakter, hvilket f.eks. sker i forholdet mellem slave og plantageejers. Selvom Crankeba i teknisk forstand ikke kan 'leve op til de forpligtelser der er knyttet til den position i samfundet hun besidder' ja så er 'sygemeldingsprocessen', som den tager sig ud for Steen og andre stressramte i Danmark i starten af det tyvende århundrede, ikke umiddelbart overførbart på den situation Crankeba med hendes lungelidelse står i på Wallins sukkerplantage i starten af det nittende. Og dette ikke kun på grund af den tidlige afstand mellem de to situationer, men på grund af den kvalitative forskel, der ændrer fænomenet gennemgribende.

For i virkeligheden kan man ikke sammenligne den grad af frihed, der findes for arbejdstagere, der ejer egen krop og arbejdskraft og derfor potentielt kan opsigte kontrakten med arbejdsgiveren og melde sig syg eller fraværende én eller flere dage, og situationen som *slave*, hvor man er en anden mands ejendom, der ikke længere har ret til at råde over egen gøren og laden. Selvom slaven i visse tilfælde havde bedre forhold end de første fabriksarbejdere i England er graden af frihed fundamentalt forskellig, fordi den er kvalitativt anderledes. Hvis der findes samfundsformationer, hvor visse grupper af mennesker 'per definition ikke kan være fraværende' (Höög, 1985, s. 6) må det få os til at stille spørgsmålstegn ved om sygefravær er et universelt fænomen. Og vi må samtidig undersøge andre aspekter end forholdet mellem arbejdstager og arbejdsgiver, der er forudsætning for fænomenets fremtræden.

3. 'Just do it.'



Enhver fodboldfan med respekt for sig selv husker tilbage på VM-finalen i Paris i 1998 med lige dele forundring, forargelse og frustrerede forventninger. Det der skulle have været den brasilianske fodboldtroldmand Ronaldo's ypperste optræden i hans karriere udviklede sig til en tragisk farce, da han mentalt udbændt og fysisk udpint, vraltede rundt og lignede alt andet end verdens bedste og dyreste fodboldspiller. At Brasilien endte med at tabe 3-0 til Frankrig gjorde det ikke bedre. Men måske var det ikke med Ronaldo's gode vilje, at han 'spillede' denne særlige kamp under verdensmesterskaberne. Da de to holdopstillinger til finalen vanen tro blev offentliggjort halvanden time inden kampen skulle fløjtes i gang, var det i første omgang uden Ronaldo's navn på listen. Så da Ronaldo 90 minutter senere alligevel stod med hånden på brystet, mens den brasilianske nationalmelodi flød nedover tribunerne på Stade de France var mange kommentatorer, publikummer og journalister forundrede. Og forundringen blev ikke mindre af, at det tilsyneladende var en alt-andet-end-fit-for-fight Ronaldo, der havde indfundet sig på banen. En halv time inden kampen skulle fløjtes i gang havde den brasilianske landstræner, Zagallo, udsendt en ny pressemeddelelse, hvor man kunne læse at: »Ronaldo var på hospitalet for at få tjekket sin venstre ankel inden ankomsten til Stade de France. Han har

ikke trænet de sidste to dage før finalen. De brasilianske læger gav Ronaldo grønt lys 45 minutter før kick-off, da han ankom til stadion langt senere end sine holdkammerater.»

På pressekonferencen den efterfølgende dag fortalte en skuffet Ronaldo, at han aldrig havde haft det så dårligt som han havde det på finaldagen: »Jeg havde lagt mig til at sove, og lægen siger, at jeg må have haft et krampeanfald på 30-40 sekunder. Da jeg vågnede, havde jeg smerter i hele kroppen, men de gik væk, så jeg kunne slappe lidt af...« Om det var madforgiftning eller en stressreaktion, der næsten fik taget livet af Ronaldo, da han i krampeanfaldets hede var nær ved at blive kvalt i sin tunge, ligger hen i det uvisse. Men det var også ligegyldigt for Ronaldo, for han *vilde* spille: »Jeg kunne have været en kylling og have



trukket mig, men jeg ville hjælpe holdet,« og derfor besluttede han sig for - i samråd med Zagallo - at spille denne vigtige kamp.

Det var dog en noget anden forklaring på forløbet, som kom frem i timerne efter kampen, hvor Ronaldo's værelseskammerat Roberto Carlos pegede på den indflydelse det brasilianske fodboldforbunds formand, Ricardo Teixeira og ikke mindst deres sponsor – det amerikanske sportstøjfirma Nike – måske havde haft for beslutningen.

Spekulationerne omkring det konkrete forløb er mange, men én af de mest udbredte blev fanget af en journalist, der optog den uforvarende brasilianske landsholdsangriber Edmundo, da han berettede om episoden på en bar i Rio de Janeiro nogle måneder senere. På båndet kan man høre, at Nike's kontrakt med det brasilianske fodboldforbund (CBF) indeholder flere klausuler, hvoraf den ene forpligter forbundet til at have Ronaldo på banen i alle 90 minutter af de officielle fodboldkampe. Men udover dette kunne man også høre, at Teixeira personligt fik en procentdel af det beløb Nike betalte til CBF. Og det var ikke småpenge, for der var tale om et beløb til forbundet på små 400 millioner dollars over en periode på 10 år. I betragtning af, at Ricardo Teixeira forlod landsholdets omklædningsrum netop 30 minutter inden finalen blev fløjtet i gang og få minutter inden Zagallo udsendte en pressemeddelelse indeholdende en ny holdopstilling med Ronaldo's navn, kunne man let få det indtryk, at der var en sammenhæng mellem Nike's sponsorat, Teixeiras personlige økonomi og det faktum, at Ronaldo på trods af at have haft alvorlige helbredsproblemer nogle få timer inden kampen alligevel figurerede i opstillingen, da finalen blev sparket i gang.

For det var formentlig ikke kun fodboldelskere over hele verden, der havde set frem til at se Ronaldo trylle med bolden under VM-finalen i 1998. Det havde Nike også, da de to år forinden havde underskrevet en af fodboldhistoriens største sponsoraftaler med netop Ronaldo. (Selvom han i sin tid hos Inter i 1998 havde en årsløn som kun erhvervslivets mastodonter kan matche, udgjorde denne kun en tredjedel af hans anslåede samlede indtægt på henved 245 millioner årligt). Hos Nike var man klar over, at netop VM-finalen i fodbold – med sine mere end 1 milliard seere - var den begivenhed, der kunne samle det største publikum og som derfor potentielt set ville give den største eksponering af deres nye guldfugl. Umiddelbart inden VM begyndte udtrykte Nike's PR-chef således følgende ønske for den forestående VM-turnering: »Vores håb er, at Ronaldo er med i VM-finalen og scorer et mål...med vores støvler«.

At, Ronaldo – på selve finaledagen - var gået hen og blevet syg, var derfor en potentiel markedsføringsmæssig katastrofe for Nike og en trussel mod deres investering på mange hundrede millioner dollars, som man for alt i verden ville undgå. Men hvad Nike helt konkret talte med Ronaldo og Teixeira om i timerne op til kampen (*'Just Do It'?*) ved kun de implicerede parter, og om det havde den tilsigtede virkning kan man debattere. Nok var Ronaldo ikke fraværende ved finalen (og ganske vist havde han Nike's nye støvler om halsen, da han lettere nedtrykt modtog sin sølvmedalje), men hans performance og optræden var næppe af den kvalitet som Nike havde håbet på.⁵

Det er altså ikke kun slaver, som i visse situationer er tvunget til at arbejde på trods af vanskeligheder ved at kunne leve op til sine arbejdsforpligtelser af helbreds-mæssige årsager. Og det er ikke kun højtbetalte, højtprofilerede sportsmænd og -kvinder, der har det på denne måde. Den 21. april 1999 kunne man i BT læse om postarbejder Brian fra Brovst, der også ville få problemer, hvis han ikke dukkede op på arbejdet, selvom han skulle blive syg. Brian havde nemlig over en periode på 2 år haft 50 sygedage. Det resulterede i, at han blev indkaldt til samtale med den lokale postmester Bruno, hvor han i utvetydige vendinger fik at vide, at han skulle regne med at blive afskediget, hvis hans sygefravær ikke

blev nedbragt væsentligt. Selvom der ikke stod millioner på spil for det danske postvæsen som følge af Brians fravær, forventede man samme disciplin som Ronaldo.

Det kunne dermed se ud til, at den situation, hvor et individ vedbliver at udføre sin arbejdsfunktion *på trods af* sygdom – er lige så universelt forekommende som sygefravær. Spørgsmålet i denne sammenhæng bliver at undersøge, hvorvidt de to situationer er forbundne? Kan man tale og skrive om og tænke sygefraværsfænomenet uden samtidig at overveje sygenærvær? Er der overhovedet tale om to *forskellige* fænomener?

Der er naturligvis forskelle mellem de betingelser, der fremkaldte sygenærvær på de Vestindiske Øer for nogle hundrede år siden, og dem der fik Ronaldo til at gå syg på arbejdet, Brian fra Brovst til at overveje at gøre det, eller Steen til at ønske han kunne gøre det; forskelle, som måske også har konsekvenser for forståelsen af sygefraværsfænomenet. I Crankeba's situation er det ikke svært at begribe 'motivet' til at være sygenærværende: selvom det kunne være hårdt, var det måske ikke helt så slemt som den korporlige afstraffelse, der fulgte af ikke at arbejde som den tilsynsførende forventede. Men hverken postmester Nielsen eller Nike stod klar med stok eller pisk for at tilskynde Brian og Ronaldo til at gå syge på arbejde, og alligevel overvejede førstnævnte det, mens sidstnævnte rent faktisk gjorde det.

Og skal man tro hans egne ord var det ikke på grund af trusler om firing fra Nike's side, sådan som det kunne være tilfældet for Brian. Nej, Ronaldo *ville* gerne arbejde, selvom han var syg, ligesåvel som Steen *ønskede* han kunne arbejde på trods af hans stressreaktion. Hvis man skruer tiden nogle få hundrede år tilbage til starten af 1800-tallet vil et sådant ønske og en sådan opførsel formentlig have overrasket mange. Her havde man bøvlet nok med at få folk til at komme på arbejde, selvom de var friske; og selvom truslen om firing også her blev taget i brug, var det ikke altid nok til at få folk til at møde op: "Labourers from agriculture or domestic industry do not at first take kindly to the monotony of factory life; and the pioneering employer not infrequently finds his most serious obstacle in the problem of building up a stable supply of efficient and willing labour" (Pollard, 1963, s. 254). Særligt problematisk var det at opbygge en sådan 'stabil forsyning' i dagene lige efter arbejderne havde fået deres betaling. Og det var ikke kun i England, at tingene forholdt sig sådan. L. Chr. Nielsen beretter det følgende i en undersøgelse fra starten af forrige århundrede om danske arbejderes mødedisciplin:

"Det egentlige Antal Arbejdsdage var i Middelalderen og helt ind i det 19de Aarhundrede 4 a 5 Dage om Ugen. Svendene fejrede Søndagen paa en saadan Maade – og Mestrene foregik dem med et godt Exempel! -, at de nødvendigvis ogsaa maatte fejre Mandagen. Om tirsdagen rekreerede man sig, og først om Onsdagen begyndte Arbejdet. Paa denne Maade gik det gennem Aarhundreder. Man gav alle kongelige Forordninger mod at holde blaa Mandag, imod Drik og andre Udskejelser, en god Dag" (Nielsen opcit in Ravn, 1983, s. 13)

At forestille sig mennesker gå *syge* på arbejde eller bitterligt ønske at kunne det i stedet for at blive hjemme, forudsætter en ganske særlig indstilling til arbejdet. Den proces, hvormed arbejdsmoralen, der muliggør sygenærværet i den form Ronaldo praktiserer det, er beskrevet mange steder (se f.eks. Thompson 1967; Pollard 1963; Reid 1976). Ligesom den måde man straffede kriminelle ændrede sig markant fra slutningen af 1700-tallet og frem til starten af det 20. århundrede, således forholdt det sig også med den måde, man forsøgte at 'overtale' folk til at arbejde (Foucault, 1977). I industrialiseringens begyndelse var fabrikken ofte modelleret på arbejdshuse og fængsler, og man så ikke sjældent, at døren til fabrikken blev låset, når arbejdstidens påbegyndtes – ikke kun for at sikre, at arbejderne ikke forlod fabrikken inden dagen var omme, men også for at udelukke dem, der ikke kunne møde til rette tid. Den korporlige afstraffelse var således en forudsætning for fabrikkens tilblivelse. Den blev dog langsomt,

men sikkert erstattet af mere luskede måder at påvirke folk på; der fandt en kraftig disciplinering af arbejdskraften sted, og det er netop den disciplinering, som er forudsætning for Ronaldo's og Steen's opførsel og ønsker (Edwards, 1986, s. 126-30; O'Neill, 1986). At forestille sig sygefraværet i en nutidig forstand forudsætter altså også arbejdere, der er disciplineret på en sådan måde, at de frivilligt møder op på arbejde, og at de ikke vil benytte muligheden for sygefravær til at undslippe arbejdet, selvom mistanken om, at de gør netop sådan, altid vil være til stede.⁶

4. 'Den dobbelte byrde'

SuperMom Action Figure™



“Nancy Holt kommer hjem fra arbejde med sin søn, Joey, i den ene hånd og en pose med varer i den anden. Da hun sætter posen ned og åbner hoveddøren kan hun se dagens post, Joey's halv-ædte stykke kaneltoast på bordet i entréen og telefonsvareren, der blinker: et minde om morgens hektiske travlhed for at få familien klar til verden udenfor huset. Nancy, på syvende år socialrådgiver, er en lille, adræt blond kvinde på 30 år, som går og snakker hurtigt. Hun flytter posten op på bordet og sætter retning mod køkkenet, knapper jakken op, mens hun går. Joey holder sig tæt til hende, mens han meget koncentreret fortæller, hvordan lastbiler med lad læsser ting af. Joey er en livlig, rundkindet dreng på fire, som har let til latter over de ting, han synes godt om...

Mellem 8.05 og 18.05 er både Nancy og Evan væk fra deres hjem, arbejder et 'første skift' med deres fuldtidsjobs. Resten af tiden tager de sig af de varierede opgaver som tilhører det 'andet skift': de handler ind, laver mad, betaler regninger, tager vare på bilen, haven og gårdspladsen; forsøger at berolige Evan's mor, som ofte kommer forbi, og er 'bekymret' for Joey, tager sig tid til naboer, deres snakkesalige barnepige og hinanden... Da jeg først mødte familien Holt tog Nancy en langt større andel af det 'andet skift' end Evan. Hun fortalte, at hun gjorde 80 procent af arbejdet i hjemmet og 90 procent af omsorgen for Joey. .. Nancy beskylder nu 'alt det hun skal nå' for hendes træthed.” (Hochschild, 2003, s. 35,39,56, min oversættelse)

Ovenstående fortælling om familien Holt stammer fra Arlie Hochschild's studie *The Second Shift*, hvor hun på snedig vis regnede sig frem til, at kvinder i løbet af et år i gennemsnit arbejder en hel måned ekstra i hjemmet end mænd gør: “Jeg begyndte med tidens målbare aspekter. Ved at lægge den tid det tager at have et fast job, gøre arbejdet i hjemmet samt at passe børn, tog jeg gennemsnittene fra de største tidsstudier udført i 1960'erne og 1970'erne og jeg fandt frem til, at kvinder groft set arbejder femten timer mere hver uge sammenlignet med mænd. På et år, arbejdede de en ekstra måned af fire-tyve-timers dage. På et dusin år svarede det til et ekstra år af fire-tyve-timers dage. De fleste kvinder uden børn bruger meget mere tid på husarbejde end mænd gør, kvinder med børn bruger mere tid både på husarbejde og børnepasning. På samme måde som, der er en 'løn-kløft' mellem mænd og kvinder på

arbejdspladsen, er der en 'fritids-kløft' mellem dem derhjemme. De fleste kvinder arbejder ét skift på kontoret eller fabrikken og et 'andet skift' derhjemme." (Hochschild, 2003, s. 4) Så når Nancy Holt klagede over at være træt var det måske ikke så underligt, for det arbejde hun udførte var – hvis ikke hårdere – så i hvert fald langt mere tidskrævende end det hendes tilsvarende mandlige kollegaer udførte; hun havde mindre tid til at hvile sig og restituere, og det er netop dette aspekt af fortællingen, som er interessant i denne sammenhæng. For hvad betyder det arbejde, der lægges i hjemmet for sygefraværskonstitutionens konstitution? Hvad betyder det, når man ikke har ret megen tid til at være syg? Endnu en passage fra Hochschilds bog kan måske kaste lys over det: "Inkompetence var én måde at få de traditionelle mænd involveret i det 'andet skift'. Sygdom var en anden. Carmen havde gigt, der 'teer sig mærkeligt' og forhindrer hende i at løfte tunge ting. Det er ikke klart om hun 'bruger' sygdom på samme måde, som hun bruger det at spille hjælpeløs. Men sjovt nok havde andre traditionelle kvinder jeg talte med det også med at være syge oftere end de egalitærstiske kvinder. Og når de er syge følger det et helt bestemt mønster. Først insisterer de på, at hver eneste opgave i det 'andet skift' er *deres*, de knokler heroisk indtil de falder udmattede om og føler sig syge. Det er ikke *dem* der stopper; det er deres sygdom som stopper dem. Nogle gange er det lungebetændelse, nogle gange migræne, en dårlig ryg, gigt. Så kommer deres mænd, normalt parate til at træde ind i nødstilfælde og 'låner dem en hånd'. Når hun er blevet frisk returnerer kvinden til hendes dobbelt byrde, sætter fuld damp på og ender med at blive syg igen. At blive syg har på den måde noget til fælles med at 'blive' inkompetent: begge situationer er indirekte måder at opnå mandens arbejde i det 'andet skift' i modsætning til de egalitærstiske kvinder som forsøger at opnå noget sådant gennem et direkte strategisk forsøg på at genforhandle rollerne i familien." (Hochschild, 2003, s. 75-6).

Hvis vi i denne sammenhæng ser bort fra den rent strategiske brug af sygdom⁷, de kvinder som Hochschild studerede benyttede sig af til at få deres mænd involveret mere i det 'andet skift', kan vi knytte an til betydningen af forskellige sociale roller i forhold til sygefraværskonstitutionen.

Man kan betragte sygefravær som et fænomen, der er tæt knyttet til eksistensen af sygeroller, hvoraf to aspekter er vigtige i denne sammenhæng: 1) Sygefravær er kun muligt i de tilfælde, hvor et individ kan indtage en midlertidig rolle i samfundet, hvor hun er fritaget fra de normale forventninger og pligter, der er knyttet til den primære sociale rolle, hun indtager (f.eks. et arbejde). Legitimationen for at indtage denne midlertidige rolle skal være begrundet i helbredsmæssige forhold. I mange moderne samfund som f.eks. det danske betyder det, at en person kan sygemelde sig med den følge, at hun ikke er forpligtet til at gå på arbejde, men i en periode er fritaget for disse forventninger. 2) Sygefravær forudsætter ligeledes eksistensen af en autoritet, der kan legitimere overgangen fra almindelige sociale roller til den afvigende rolle som syg (Parsons, 1951, s. 433-439). I forhold til sygefravær kan vi tydeligt se, hvordan f.eks. Steen's sygemelding i forbindelse med hans stressreaktion passer perfekt på disse to aspekter af sygerollen: da han af helbredsmæssige grunde er blevet uarbejdsdygtig og har fået en læge til at attestere det, har han *ret* til (omend det er noget modvilligt i denne sammenhæng) at træde ind i sygerollen midlertidigt for at restituere sig og gøre sig rede til at returnere til hans rolle, som leder i en medievirksomhed. Med andre ord er det helt naturligt, når Parsons' beskrivelse af sygerollen næsten rutinemæssigt indgår i de mere teoretiske diskussioner i sygefraværskonstitutionen (se f.eks. Alexanderson, 1995, s. 5-14). Spørgsmålet er bare, hvad der sker, når der er tale om en kvinde, som f.eks. Nancy, der ikke kun har én meget krævende rolle, der er vanskelig at varetage med sygdom, men to?

Reglerne i dag er ganske klare på dette område. For at være berettiget til sygedagpenge skal man være beskæftiget eller være arbejdsløs med ret til at modtage dagpenge (cf. LBK nr 1047 af 28/10/2004, §

2)⁸. Det betyder med andre ord, at ikke alle roller giver adgang til at træde ind i sygerollen, i hvert fald hvis man betragter fuldgyldig indtræden i den som værende betinget af, at man modtager dagpenge. Man kan derfor spørge sig selv om sygefravær er muligt for en hjemmegående? Svaret må her være, at det i høj grad afhænger af de omstændigheder vedkommende lever under, og den forhandling vedkommende må tage med ægtefællen om en omfordeling af nogle af arbejdsopgaverne, mens sygdommens står på. Men der er ingen formelle regler for det, ligesom der heller ikke er nogen autoritet, der automatisk giver ret til at træde ind i sygerollen, selvom lægen naturligvis kan komme med gode råd og forslag mhp at blive rask hurtigst muligt. Det er altså ikke helt forkert at påstå, at eksistensen af legitime sygeroller ikke er nogen universalitet, og at én af sygefraværsfænomenets grundpiller, nemlig overgangen fra ens 'normale' rolle til sygerollen, er stærkt betinget af hvilken rolle, der er et individs normale, og hvilke vilkår, der er knyttet til den.

At der ikke bare er tale om en ren skolastisk betragtning, kan vi se ved at kigge i historiebøgerne, hvor man kan konstatere, at konsekvenserne af sygdom for den ansvarlige for hjemmet blev taget mere alvorligt i 1940'erne, end de gør i dag. Således kunne man læse følgende passage i Sygekassetidende⁹ i slutningen af det årti: "Når vi tænker på hjemmet, så er det i reglen moderen, tankerne først når, og det skønne udtryk moderen, der er hjemmets grundpille, bøjer alle sig for og taler med stor beklagelse om den katastrofe, der overgår et hjem, når denne grundpille rokkes, hvad der kan ske, når moderen bliver syg. Hendes indsats betyder hjemmets opretholdelse, og netop derfor er det nødvendigt og af aller største betydning, at der gøres alt for at hjælpe hende og derved hjemmet det mest mulige, når det sker, at hun bliver syg" (Jensen, Sygekassetidende, februar 1949, s. 115). En nærmere beskrivelse af og spekulation om konsekvenserne af den hjemmegående husmoders sygdom finder vi i en anden artikel fra Sygekassetidende nogle år tidligere. Her hedder det: "Husmødrene har det derfor ikke særlig godt, hvis de bliver syge. Mange kravler op med Feber, saa snart Lægen er ude af Døren, og tager sig af det ene eller det andet, og de begynder at hænge i, saasnart de er kommet op. Man taler om Kvindernes større Antal Sygedage, en Del af disse fremkommer vel paa Grund af Barselsperioder, men mange sikkert ogsaa fordi en Husmoder ikke faar Lejlighed til at pleje sig selv ordentlig under en Sygdom, og enten ikke bliver helt rask, eller ikke faar Tid til at samle Kræfter, hvilket kan medføre, at hun bliver mere modtagelig for nye Sygdomme." (Sygekassetidende, 1943, s. 118) Og selvom det næppe alene var af hensyn til husmødrene og de problemer der opstod i tilfælde af deres sygdom (men i lige så høj grad noget der blev indført som et beskæftigelsestilbud til de mange ledige kvinder, der fandtes på dette tidspunkt se Sygekassetidende, April 1948, s. 115), så indførte man i løbet af 1940'erne Husmoderafløsning. Først, som et tilbud initieret af frivillige organisationer, men fra 1949 som en service kommunerne kunne tilbyde deres borgere, hvor staten refunderede halvdelen af udgifterne (Kampmann, 1950). Man kan læse følgende beskrivelse af ordningen i Sygekassetidende: "Husmoderafløsningen kan i Overensstemmelse med de af Arbejdsministeriets godkendte Regler ydes til Familier med Børn, hvor Husmoderen ligger syg i Hjemmet, forudsat at Familiens skattepligtige Indtægt ikke overstiger 2750 kr. Efter Arbejdsministeriets seneste Bestemmelser vil der endvidere blive aabnet Hjemmene Adgang til Hjælp i en Række andre Tilfælde. Saaledes vil Husmoderafløsning f. Eks. kunne sendes til Hjem, hvor Husmoderen er indlagt paa Hospitalet samt enlige, erhvervsarbejdende Kvinder, hvis Børn er syge i Hjemmet og uden Tilsyn, for saa vidt Moderen ved sit Fravær fra Arbejdet risikerer at miste Arbejdet eller sin indtægt." (Munch-Petersen, Sygekassetidende, 1944, s. 171). Senere blev ordningen omdøbt og kaldt hjemmehjælp i stedet, og samtidig ændrede hjælpen også karakter. I starten var ordningen kun rettet mod "de rent midlertidige sygdomstilfælde... Invalidere, kronisk syge

og gamle, der vedvarende er ude af stand til at klare sig selv, falder udenfor lovens rammer og må så hjælpes på anden måde.” (Kampmann 1950, s. 158). Sådanne midlertidige tilfælde udgør kun en meget lille del af hjemmehjælpen i dag, hvor den primært henvender sig til ældre og handicappede, som ikke selv er i stand til eller har familiemedlemmer, der bor samme sted, som kan varetage de praktiske opgaver, der er i hjemmet så som rengøring, indkøb mm.

Det ville være at gå for vidt i denne sammenhæng at se på årsagerne til dette skifte i hjemmehjælpen. Men tankefiguren, der fremæver det vanskelige ved at restituere fra sygdom, når man har hovedansvaret for hjemmet, er stadig relevant i dag, også andre steder end det USA Arlie Hochschild beskriver i sin bog. Der er i hvert fald stadig en markant kønnet arbejdsdeling i arbejdsopgaverne i de danske familier, hvis man bruger Socialforskningsinstituttets tidsstudier som materiale til at vurdere dette. Af disse fremgår det, at kvinder i gennemsnit bruger en time mere hver dag på husligt arbejde og 30 minutter ekstra på omsorg for børn, når de sammenlignes med deres mandlige medborgere (Lausten & Sjørup 2003, s. 46-8).

Der findes næppe nogen studier, der har undersøgt i hvor høj grad arbejdsdelingen ændres i tilfælde af den mest bidragydende parts sygdom eller midlertidige arbejdsudygtighed. Men en række – primært svenske studier – har peget på den negative betydning som ’domestic strain’ har på mulighederne for at vende tilbage til arbejdet hurtigt (Hamberg, Johansson, Lindgren & Westman, 1997; Östlund, Cedersund, Hensing & Alexanderson, 2004). I langt de fleste tilfælde er familiedomænet dog ikke noget, man går synderligt meget op i, når snakken falder på sygefravær og restitution, hvilket måske ikke er så mærkeligt, da det indenfor kvindestudierne ofte er bemærket, at det reproduktive arbejde, som foregår i familierne, og som primært udføres af kvinder, har været arbejdsmarkedsforskningens blinde plet i alt for lang tid (Beechey, 1988). At der for den hjemmegående ikke er adgang til en officiel sygerolle, fordi det arbejder hun udfører ikke er lønnet, er et vidne om, at denne blinde plet stadig er virksom.

Når man i sygefraværskforskningen flittigt diskuterer arbejdsmiljø og andre arbejdsforhold som faktorer, der øger risikoen for sygefravær. Og når man på samme tid fremhæver disse som nødvendige forhold at tage hensyn til, for at sygemeldte kan vende tilbage til arbejdet så hurtigt som muligt. Ja, så skjuler det samtidig det faktum, at man i samme åndedræt opfatter hjemmet som en neutral arena, der *per se* er mindre belastende end arbejdet. Selvom dette ikke siges direkte, er det alligevel den følge, det får, når man kontinuerligt vedbliver at ignorere forskelle i folks familieforhold i store dele af den etablerede sygefraværskforskning.¹⁰

5. ARBEJDSTID OG FRITID

”Sygefravær er et lønmodtagerproblem”. Sådan stod der skrevet med håndskrift på det følgebrev, der ledsagede et ubesvaret spørgeskema, jeg fik retur i forbindelse med indsamlingen af det datamateriale, som danner baggrund for størstedelen af denne afhandling. Hvad vedkommende, som altså ikke så sig i stand til at besvare vores spørgeskema, mente mere præcist med en sådan kommentar, stod der ikke. Men zoomer vi ind på flere af vedkommendes slags – de selvstændige erhvervsdrivende – og deres forståelse af deres arbejde og dertilhørende sygefravær, kan vi måske komme en forståelse nærmere.

En kold dag i november 2006 besøgte jeg Andreas, som ejer fire svinefarme i Vestjylland. Vi havde aftalt at tage en snak om hans arbejdsliv og sygefravær, ligesom jeg havde snakket med sytten andre

vestjyder.¹¹ Det var en tydelig træt Andreas, jeg sagde goddag til, da jeg trådte ind i deres køkken efter at have været blevet kørt ud til gården af hans kone. Og efter nogle minutters snakken fortalte han da også, at han rent faktisk var lidt sløj denne dag, og derfor ikke skulle beskæftige sig med de arbejdsopgaver han ellers havde planlagt. Han ville i stedet fokusere på nogle af de ting, han kunne lave ved skrivebordet på sit kontor, i stedet for de arbejdsopgaver han havde ude i staldene, og på de andre gårde han ejede. Men betyder det så, at Andreas har sygefravær den dag? At han kan betegnes som fraværende, fordi han ikke udfører de arbejdsopgaver, han oprindeligt havde planlagt, men i stedet finder nogle han bedre kan klare? Eller betyder det, at Andreas næsten aldrig ville kunne være fraværende, fordi der næsten altid ville være bare en lille opgave, han ville kunne give sig til på trods af eventuelle smerter og sygdom?

I den samme periode havde jeg også den fornøjelse at tale med en vinduespolerer, der hed Stephen. Som kommentar til nogle af spørgsmålene fra spørgeskemaet om arbejdstid og afstand til arbejdspladsen, fortalte han det følgende:

”Ja, det er så det, der er problemet. Det er meget svært at sige, hvornår mine arbejdsdage slutter. Fordi den begynder jo klokken seks halv-syv om morgenen som regel. I aften skal vi måske lige noget, men det kan godt være, at jeg sætter mig til at kigge lidt på nogle tilbud, jeg skal have givet. Hvis vi skal i byen, så tænder jeg bare computeren, når jeg kommer hjem. Det er meget svært at sige, hvornår [arbejdsdagene slutter], men jeg er jo ikke ude at pudse vinduer og gøre rent... Og med hensyn til hvor langt, man har på arbejde: Jeg er her jo sådan set altid!” (Stephen, s. 17,34)

Måske var det den samme fornemmelse – fornemmelsen af, at spørgsmålene ikke helt passede – som fik én af de potentielle deltagere til helt at afvise at svare på spørgeskemaet og samtidig indikere, at sygefravær mest af alt er noget, der har med lønmodtagere at gøre.

Men det er ikke noget nyt, at der er forskel mellem lønmodtagere og selvstændige, og at denne forskel ikke blot kan beskrives som kvantitative forskelle indenfor et sæt af givne egenskaber (f.eks. arbejdstid, løn etc.). For den selvstændige er ”der er intet skarpt skel mellem arbejde og andre beskæftigelser. Der er ingen koncentreret ’arbejdstid fra 8 til 16’, arbejde og husholdning, arbejde og ’fritid’ griber ind i hinanden, og fylder dagen. De eneste tidspunkter, der er præcise klokkeslæt, er mælkebilen ankomsttid og børnenes skoletid...” (Højrup, 1983, s. 76) Og, selvom mælkebilen er specifik for landmandsfamilien, er forholdene for andre selvstændige på mange måder de samme. Om en anden familie, der ejer en møbelfabrik skriver Højrup: ”Da vi besøgte familien en lørdag, var den i gang med at gøre en serie sofaer færdige, som det kneb med at lave til tiden. Der er ofte pres på for at få en produktionsserie færdig” (Højrup, 1983, s. 108). Her er det ikke mælkebilen, der griber ind og forstyrrer den organiske tid i familiens virke, men i stedet de ansattes ufleksibilitet i forhold til arbejdsopgaverne eller aftagere og leverandørers ditto: ”Niels kan slet ikke finde sig til rette med ’arbejdernes’ holdning til deres arbejde og den virksomhed, de er ansat i. Han er vred og forarget over deres dovne og ligegyldige holdning. De bliver ikke for at gøre et stykke arbejde færdigt, de går på klokkeslæt” (Højrup, 1983, s. 111-112).

Den selvstændige bruger derfor ikke kun mere tid på sit arbejde end lønmodtageren. Han har et kvalitativt anderledes forhold til tiden end lønmodtageren. Thompson beskriver forholdet, som noget der bygger på en fundamental ’opgave-orientering’, der beskrives med de følgende ord: ”The notation of time which arises in such contexts has been described as task-orientation. It is perhaps the most effective orientation in peasant societies, and it remains important in village and domestic industries. It has by no means lost all relevance in rural parts of Britain today. Three points may be proposed about

task-orientation. First, there is a sense in which it is more humanly comprehensible than timed labour. The peasant or labourer appears to attend upon what is an observed necessity. Second, a community in which task-orientation is common appears to show least demarcation between 'work' and 'life'. Social intercourse and labour are intermingled – and there is no great sense of conflict between labour and 'passing the time of day'. Third, to men accustomed to labour timed by the clock, this attitude to labour appears to be wasteful and lacking in urgency." (Thomson, 1967, s. 60). I modsætning hertil står den 'tids-orientering', som netop bliver fremherskende med lønarbejdets stadig stigende udbredelse. Her er der tale om, at arbejdsopgaverne bliver underordnet en abstrakt tidsopfattelse, som kvantificerer tiden og opspalter arbejdsopgaverne således, at der ikke er nogen nødvendig sammenhæng mellem tiden og arbejdsopgaverne. Fabrikarbejdets monoton er her det paradigmatisk eksempel på en situation, hvor selve tiden er et vedhæng til opgaverne, som udelukkende tjener den funktion at regulere, hvor længe der skal arbejdes. Dette er fundamentalt anderledes end den situation, hvor udgangspunktet er en opgave, som skal fuldføres, og hvor tiden derfor i princippet er 'iboende' opgavens karakter og natur. For den selvstændige er de enkelte arbejdsopgaver alle forbundet af den indre logik, der er givet ved at have sin egen virksomhed – givet ved bevidstheden om at være selvstændig.

Den manglende separation af arbejdstid og 'fritid', 'tid til familien', eller hvad man nu kan finde på at kalde den, koblet med den ofte manglende distinktion mellem en arbejdsplads og et hjem, har også konsekvenser i forhold til forståelsen af sygefraværet. For kan man overhovedet have sygefravær, hvis man altid er rumligt tilstede på arbejdspladsen, og kan man være sygefraværende, hvis arbejdet ikke blot er en rolle, men definerer en måde at *leve* på – en måde at *være* – en *livsform*? Måske er sygefravær i den gængse forstand kun noget, som er relevant for lønmodtagere med klart adskilte grænser mellem arbejdsliv og familieliv, mellem arbejdssted og hjem, mellem arbejdstid og fritid?

6. Keglesnit¹², svampepsykoser og andre 'forkerte' sygdomme

"Ophævelse af ansættelsesforholdet på grund af selvforskyldt sygdom berettiget • Tvistighedsnævnets kendelse af 27. februar

En bagerelev E mødte ikke op på arbejde, i hvilken forbindelse arbejdsgiveren A blev kontaktet af en af E's venner, der meddelte, at E ikke kunne møde på arbejde, og at dette kunne skyldes, at E havde indtaget euforiserende svampe. Herpå ophævede A ansættelsesforholdet med henvisning til en tidligere givet advarsel vedrørende fravær på grund af sygdom og for sent fremmøde. Under henvisning til at E's udeblivelse skyldtes indlæggelse på et psykiatrisk hospital som følge af en svampepsykose, anlagde E sag mod A med påstand om, at sygdommen udgjorde lovligt forfald. Tvistighedsnævnet udtalte, at det kunne lægges til grund, at E udeblev som følge af indtagelse af euforiserende svampe, at dette havde forårsaget hans indlæggelse, samt at det ikke var første gang, at E havde eksperimenteret hermed. Sygdommen fandtes derfor at være selvforskyldt, hvorfor A havde været berettiget til at ophæve ansættelsesforholdet." (Advokatsamfundet, maj 2007).¹³

Keglesnit i livmoderhalsen i lokalbedøvelse

Ved keglesnit (konisation) fjernes celleforandringerne på livmoderhalsen som en lille vævskegle. Det fjernede væv bliver undersøgt mikroskopisk.

Operationen

Operationen foretages i lokalbedøvelse, som lægges omkring livmoderhalsen.

Efter operationen

Du bliver observeret på hvilestuen i ½-1 time. Herefter kan du gå hjem, hvis du har det godt. Vi anbefaler dog, at du bliver hentet af en pårørende. Hvis du har fået beroligende medicin, må du ikke køre bil.

Normale følger

Smerter:

Lette menstruationslignende smerter er almindelige, de aftager i løbet af nogle timer. Det anbefales at have smertestillende håndkøbsmedicin (Pinex og/eller Ipren) i hjemmet.

Blødning:

For at mindske blødning får du 3 tabletter Cyklokapron med hjem. Tag dem som anført på pakken. Det er normalt, at der er lidt blødning og/eller brunligt udflåd, men det aftager i løbet af 2 - 3 uger.

Sygemelding

Vi anbefaler 3 dages sygemelding.

(Gynækologisk- obstetrisk afdeling D, Svendborg)

”Det eneste sygefravær, jeg har haft, var ti dage, hvor jeg var, inde for at blive opereret. Det var jo, fordi det var *tvunget*, fordi jeg skulle holde mig i ro.

Der måtte jeg ikke tage på arbejde, selvom jeg allerede efter fire dage sagtens kunne have taget på arbejde for mit vedkommende, men ikke af hensyn til lægerne i hvert fald. Jeg havde lige været oppe at få lavet et keglesnit, hvor de går ind og skærer i livmoderen, og de laver sådan to keglesnit. *Der sagde de, at jeg skulle være sygemeldt i ti dage.*”
(Birthe, s. 13)

Vejledning om keglesnit-operation (conisation)

Du skal have foretaget en keglesnit-operation, fordi du har fået påvist celleforandringer på livmoderhalsen.

Hvordan foregår operationen?

Keglesnit-operationen foregår ambulant i fuld bedøvelse. Du vil få lagt et drop (tynd kanyler) i en blodåre, hvorigennem du vil blive bedøvet. Keglen fjernes gennem skeden, og operationen varer ca. 15-20 min.

Efter operationen

I de første timer efter operationen kan der i sjældne tilfælde komme menstruationslignende smerter. Der kan eventuelt i skeden være indlagt en meche (et stykke gaze), som du vil få fjernet, inden du udskrives. Der kan være blødning af menstruationsstyrke. Du kan regne med at blive udskrevet efter et par timer.

Når du kommer hjem

Vi anbefaler sygemelding i 0 - få dage.

Det er normalt

- at bløde af menstruationsstyrke ca. 1-2 uger
- at der efter cirka 10 dage kan komme lidt ekstra blødning, når sårskorpen falder af.

(Regionshospitalet Viborg og Kjellerup; Viborg: Kvindeafdeling Y, gynækologisk afsnit Y17 • Kjellerup: Dagkirurgisk afsnit)

Umiddelbart kan det måske være vanskeligt at se, hvad der forener Birthe's keglesnitsoperation og bagereleven E's svampepsykose, og hvad disse – indrømmet – lidt usædvanlige lidelser har at gøre i en afhandling om sygefravær. Men på hver deres vis er de to eksempler udtryk for situationer, hvor der udspiller sig én eller flere modsætninger mellem forskellige dimensioner af sygdomsbegrebet. I hvert fald siden Twaddle (1974) har det i den anglosaksiske version af medicinsk sociologi været en tradition at skelne mellem tre forskellige, men alligevel relaterede dele af helbreds-begrebet: *disease*, der henviser til fraværet eller tilstedeværelsen af veldefinerede sygdomme, som kan tilskrives en mere eller mindre præcis diagnose efter gældende standarder (f.eks. ICD-10), *illness*, der henviser til den individuelle og dermed subjektive oplevelse af symptomer, lidelse og evt. funktionelle begrænsninger som følge af disse (eller af de 'forestillede' sygdomme), og *sickness*, der henviser til sygdommens sociale dimension i den her forstand forstået som de normer og værdier, der er knyttet til sygerollen eller til den situation, det er at være syg.

Paul Bellaby (1999) præsenterer – i én af mest interessant sociologiske analyser af sygefraværet – nedenstående figur, der illustrerer nogle af pointerne ved samspillet mellem de tre dimensioner af helbreds-begrebet. Selvom dette skema – som det skal vise sig senere – ikke er fuldstændig udtømmende for de 'helbredskombinationer' vi kan tænke os, er den alligevel instruktiv som en måde at forholde sig til den kompleksitet, sygefravær-fænomenet fremviser. De to yderpositioner hhv. position 1 ('læge attesteret fravær') og 8 ('sund og rask') er 'normalsituationerne', for den måde sygefraværet tænkes på i store dele af offentligheden og har betydning, ikke mindst for den måde lovgivningen er skruet sammen på. Steen går fra at være 'sund og rask' til at være nødt til at få en læge attesteret sygemelding pga. stress. Position 6 ('pjæk') er også til stede helt eksplicit i lovgivningen¹⁴ og i megen af debatten på området. Andre positioner f.eks. position 4 er i denne sammenhæng mindre relevante, fordi der her, hverken hos den syge person eller dennes omgivelser, er nogen viden om en evt. sygdom, hvorfor den kun kan få en indirekte indflydelse (f.eks. gennem nedsat produktivitet på arbejdet) indtil en læge har fastslået, at vedkommende er syg og derfor bør behandles og evt. tage fravær fra sit arbejde i den mellemliggende tid. Hvis vedkommende ikke vil erkende sin sygdom eller føler, at lægerne – som det er

tilfældet for buschaufføren Birthe nævnt ovenfor – ikke giver særligt brugbare råd, fordi de ikke svarer til hendes egen oplevelse af lidelsens karakter, så vil en sådan situation f.eks. foranlediget af et keglesnit være et eksempel på position 2 'tvunget til at tage fravær'. Det er også et eksplicit krav i lovgivningen, at den sygemeldte følger lægens og kommunens anvisninger for at komme uarbejdsdygtigheden til livs. I modsat fald bortfalder retten til dagpenge under sygdom helt.

Figur 1.1 Kombinationer af disease, illness og sickness.

	<u>Sick</u>		<u>Not sick</u>	
	<u>Ill</u>	<u>Not ill</u>	<u>Ill</u>	<u>Not ill</u>
Disease	1. Medically certified absence	2. Coerced into taking time off	3. Unknown disease – stoically endured	4. Disease unknown to self & others
No disease	5. Time-off with malaise	6. Malingerer	7. Judged to be hypochondria	8. Healthy

(Bellaby, 1999, s. 14)

Men både Crankeba, Ronaldo og den svampepsykoseramte bagerelev E er vanskelige, hvis ikke umulige at indplacere i Bellaby's skema. Det skyldes muligvis, at to dimensioner, der relaterer sig til sygefraværsfænomenet, ikke nødvendigvis er dækket ind: for det første, det rent juridisk-legale aspekt omkring *retten* til at tage fravær som følge af sygdom. I dommen fra Tvistighedsnævnet er der uomtvisteligt tale om, at bagereleven både føler sig syg og i en rent klinisk forstand er at betegne som syg, idet han har pådraget sig en psykose, der kræver behandling på et psykiatrisk hospital i 3-4 måneder. Men da sygdommen med stor sandsynlighed er opstået som følge af hans eksperimenteren med svampe, mener nævnet, at der er tale om *selvforskyldt sygdom*, hvor om det i sygedagpengelovgivningen hedder: "Retten til dagpenge fra arbejdsgiveren bortfalder, hvis lønmodtageren har pådraget sig sygdommen ved forsæt eller grov uagtsomhed" (LBK nr 1047 af 28/10/2004, §8, stk. 4). Selvom bagereleven stadig har ret til at opretholde sygedagpenge fra kommunen, såfremt han opfylder reglerne for dagpenge ellers må han nøjes med kontanthjælp, er der i princippet her tale om en situation, hvor en person både *føler* sig syg og er *diagnosticeret* som værende syg, men som alligevel ikke kvalificerer til at træde ind i sygerollen. Den svarer således ikke til position 3 ('ukendt sygdom – gennemlevet med stoisk ro'), men falder udenfor skemaet, og den minder i den forstand mere om Crankeba's situation, da hun heller ikke kunne tage fravær, selvom hun både følte sig og fik lægens ord for at være syg. Det springende punkt handler om en anden dimension, der kun indirekte er at finde i Bellaby's skema, nemlig de *moralske* aspekter af sicknessbegrebet, som kan være påvirket af både disease og illness dimensionerne. Altså det faktum, at forskellige sygdomme, lidelser og symptomer har forskellig status i samfundet; forskellig status blandt de aktører, der selv tager sygefravær eller oplever, at kollegaer, venner eller familie gør det, og som i alle tilfælde skal forholde sig til sygemeldingen og de begrundelser, der er knyttet til den. Og at det er et område, som er præget af usikkerhed og unøjagtigheder kan man se, når man gransker nærmere, hvad det er for situationer, som

anses for at være selvforskyldte: her finder man udover *svampepsykoser* også, at *beruselse*, *følger efter slagsmål*, *abort* og *organdonation* alle er at betragte som selvforskyldte hændelser. Men der er tilsyneladende ikke nogen klare kriterier, der dækker dette, for hverken *sportsudøvelse* (heller ikke mere farlige former for sport som f.eks. 'faldskærmsudspring' eller 'boksning'), *alkoholisme* og *selvmord* anses ikke for at være selvforskyldte (se VEJ nr 9300 af 25/06/2008, pkt 23.2).¹⁵ Særligt kan man jo undre sig over, at et selvmord – der netop er defineret ved, at en person med vilje forsøger at slå sig selv ihjel – kan kategorises som en fraværgrund, der *ikke* er selvforskyldt, ligesom denne undren også må gælde i forhold til sport. Da der i princippet ikke behøver være forskel på, hvilke typer af *disease* eller *illness*, der opstår som følge af de forskellige fraværsgrunde nævnt ovenfor, må forklaringen på disse forskelle i fraværårsagernes status være, at de tilskrives forskellig moralsk værdi; nogle typer af fravær vil på trods af at være selvforskyldte ikke overskride vores morallbegreber (f.eks. sportsudøvelse) eller også vil de overskride dem på forskellige måder (det må være tilfældet for forskellen mellem selvmord og abort, hvor førstnævnte tilsyneladende ikke kræver en 'straf', mens sidstnævnte gør det).

Når moralske aspekter på afgørende måde får betydning for sygefraværets mulighed og betingelser, er det igen et udtryk for fænomenets manglende universalitet; når samfundets moral udvikler sig, ændrer det samtidig på sygefraværets mulighedsbetingelser.¹⁶

7. Sygefravær under tre forskellige medicinske kosmologier

Fortid.

"I 1700-tallet og begyndelsen af 1800-tallet hvilede sygdomsdefinitionerne på humoralpatologien. Ifølge denne medicinske teori var sygdommene udtryk for ubalance mellem forskellige væsker i legemet. Behandlingen gik ud på at skabe afløb for væskeophobninger og spændinger i vævene... Forudsætningen for at lægen kunne stille den rette diagnose og ordinere den rigtige behandling var et nøje kendskab ikke blot til patientens sygehistorie og symptomudvikling, men også til hans familiære og sociale baggrund... Da den naturvidenskabelige, numeriske metode vandt frem i medicinen i løbet af 1800-tallet, blev den humoral-patologiske opfattelse af patienterne som enestående individer forladt. I stedet betragtedes syge mennesker nu som afvigelser fra normaltilstanden og med syge organer, der blot skulle have en standardbehandling... Behandlingen blev nu i princippet uafhængig af patientens sociale og familiære forhold." (Nyland, 2000, s. 196)

Sådan kan man læse i den del af Nick Nylands glimrende beskrivelse af den danske lægeprofessions historie, der handler om forholdet mellem læger og patienter. Det er svært i dag rigtigt at forestille sig en forståelse af sygdomme, der tager udgangspunkt i ubalancer mellem kroppens indhold af slim, blod, gul og sort galde, som i tilfælde af sygdom hober sig op forkerte steder i kroppen, og på den måde er med til at frembringe en melankolsk, sangvinsk, flegmatisk eller kolerisk sindstilstand hos den sygdomsramte.

Andre steder kan man dog læse sig til, at humoralpatologien ikke var den eneste medicinske teori, der florerede på dette tidspunkt, men at medicinen som 'videnskabelig' disciplin snarere var kendetegnet ved at være såvel 'polycentrisk' som 'polymorf', og at der i det hele taget var en nærmest 'kaotisk' tilstand indenfor feltet (Jewson, 1976). Jewson uddyber nogle af pointerne fra Nyland på følgende måde:

"[D]isease was defined in terms of its external and subjective manifestations rather than its internal and hidden causes. In accordance with this principle diagnosis was founded upon extrapolation from the patient's self report of the course of his illness. Pathology was speculative, systemic and monistic. Medical investigators sought to discover a single basic cure for all the ailments known to man. This was achieved by invoking, first cause of illness. The study of proximate and precipitating causes was neglected in favour of the elucidation of the general underlying predisposition to ill health. These morbid forces were located within the context of the total body system rather than within any particular organ or tissue. Furthermore, in addition to physical disposition, all aspects of emotional and spiritual life were deemed relevant to the understanding of the functions of the constitution. *It was also believed that each individual had his own unique pattern of bodily events which the practitioner had to discern in each case...* In the era of Bedside Medicine cosmological analogies emphasized an image of the body as a microcosm, a reality *sui generis* subject to its own peculiar laws of growth and decay, comparable to the macrocosm of the physical universe." (Jewson, 1976, s. 228-9, min kursivering)

Én af grundene til, at der var et mylder af medicinske teorier, hang sammen med, at patologien var 'spekulativ', og derfor ikke baserede sig på konkrete observationer af specifikke dele af kroppen, men på en udlægning af kroppens sundhed og sygdom set i et helhedsperspektiv. Af den grund fik 'sengesidepatientens' egen historie en forholdsvis stor betydning, for den måde sygdommen blev beskrevet på, og for den måde lægen forsøgte at kurere den på. Og i sidste ende var der altså tale om et syn på patienten og vedkommendes helbred, som fremhævede det 'unikke mønster' ved sygdommen og dets opståen i lige netop *denne* patient, på lige netop *denne* måde som en *unik* begivenhed.

Hvad der var en 'rigtig' behandling for hr. Hansen, var altså ikke nødvendigvis en 'rigtig' behandling for hr. Petersen, selvom der måske var tale om de samme symptomer. Dette var en alt for snæver og forsimplet måde at se på tingene på, der slet ikke tog højde for den kompleksitet, sygdommen udspillede sig med i samspillet mellem patientens krop og den kontekst, hvori han levede. Det betyder selvsagt også, at muligheden for sygefravær var dybt individualiseret på en måde, som ligger meget langt fra den, man har i dag: hvis der ikke er standardsygdomme og dermed standardbehandlinger, men kun unikke og individuelle løsninger, må en evt. fritagelse for sine arbejdsforpligtelser på grund af sygdom også bero på den unikke nødvendighed af fravær. Om det er tilfældet afgøres af lægen og patienten i fællesskab på baggrund af førstnævntes anamnese.

Nutid.

I Sverige har man gennem en længere årrække været plaget af et forholdsvis højt niveau af sygefravær, særligt når man laver internationale sammenligninger f.eks. EU-landene imellem (Alexandersson & Norlund, 2004a). Dette har ført til en stor fokus på forskning i sygefravær herunder sygemeldingsprocessen, hvor der tilsyneladende har været store regionale forskelle, der måske skyldes forskelle mellem de enkelte lægers måde at håndtere sygemeldinger på (Wahlström & Alexanderson, 2004). Som en måde at løse problemet med det høje sygefravær har man forsøgt at udarbejde en 'sygemeldingsvejledning', der skal gøre lægerne bedre i stand til at vurdere, hvad den rette sygemeldingslængde er for forskellige typer af diagnoser. Når der eksisterer en sådan variation i sygemeldingsprocesten på tværs af regioner og læger, indebærer det nemlig også et potentiale for en reduktion af sygefraværet.¹⁷ I en pjece rettet mod de svenske borgere hedder det sådan her om formålet med initiativet:

"Nytt stöd i arbetet med sjukskrivningar. Socialstyrelsen har tagit fram en vägledning för sjukskrivningar. Vägledningen är ett hjälpmedel för läkaren och Försäkringskassan i arbetet med sjukskrivningar... Vägledningen innehåller rekommendationer om hur länge man bör vara sjukskriven i olika situationer.

Rekommendationer utgår från normalfallet. Man kan säga att de fungerar som riktmärken för läkaren och Försäkringskassan.” (Socialstyrelsen, 2008, s. 3)

Det er altså meningen, at vejledningen skal fungere som 'pejlemærke' i den konkrete vurdering af den individuelle patient i det svenske sundhedssystem, for på den måde især at sikre, at patienten ikke får for lange sygemeldinger. Et sådant mål baserer sig på en forestilling om, at sygemeldingen i sig selv er en 'aktiv del af behandlingen' (Socialstyrelsen, 2008, s. 5) og visse undersøgelser, der viser, at patienter opnår bedre resultater, hvis de bibeholder en tilknytning til deres arbejdsplads, eller i hvert fald minimerer længden af deres sygemeldinger (for en diskussion af betydningen af tidlig tilbagevending til arbejdet for personer med muskel-skeletbesvær se NFA, 2008).

På Socialstyrelsens hjemmeside kan man læse nedenstående beskrivelse af, hvordan sygemeldinger med migræne bør håndteres i normaltilfældet.¹⁸ Migræne bør som hovedregel *ikke* udløse sygemelding udover de fraværsdage under én uges varighed, den enkelte patient har ret til at tage i det svenske system, uden at en læge eller sygekassen bliver involveret. I eksemplet leverer man en yderst præcis beskrivelse af, hvornår man kan forvente, at arbejdsevnen er fuldt tilbage efter et anfald med migræne: det tager i gennemsnit 19 timer for voksne.

Når man så præcist, kan etablere effekten af sygdom på arbejdsevnen, får sygefravær status af en helt anden nøjagtighed, end det er tilfældet i 'sengesidemedicinen'. Nu bliver hver enkelt sygemeldt i princippet et eksempel på normaltilfældet plus/minus en tilfældig, men dog beregnelig afvigelse. Og på basis af det forventede sygdomsforløb kan man estimere antallet af sygefraværsdage for hver enkelt gruppe af patienter; en procedure, der muliggør yderligere beregninger af den risiko, der er forbundet ved at forsikre forskellige grupper mod tab af arbejdsfortjeneste i tilfælde af sygdom. Det var netop et sådant scenarie, der lå til grund for sygekassernes etablering i midten af det 19. århundrede.¹⁹

Rekommendationer gällande bedömning av arbetsförmåga

Symtomens svårighetsgrad och varaktighet är vägledande vid bedömning av sjukskrivning. **I normalfallet och vid i huvudsak stillasittande arbete är rekommendationen ingen sjukskrivning** (utöver eventuell egen sjukanmälan upp till 1 vecka).

Symtom, prognos och behandling

Vanliga symtom är överkänslighet för ljus och ljud och illamående. Migrän betraktas som en kronisk åkomma, till stor del på genetisk bas. De första anfällen kommer vanligen under tidig pubertet och brukar därefter komma och gå. I de flesta fall är patienten anfallsfri under längre perioder. Basen i behandlingen är att undvika anfallsutlösande faktorer som stress, sömnbrist och hormonsvängningar. Det finns ett stort antal väl dokumenterade anfallsavbrytande läkemedel som oftast ger resultat. Daglig, förebyggande medicinering (så kallad läkemedelsprofylax) är aktuell om situationen är otillfredsställande trots åtgärderna.

Förväntad konsekvens för funktion

Anfallet inleds ofta med mental påverkan såsom trötthet och koncentrationssvårigheter. Under huvudvärksfasen är det typiskt att patienten måste ligga stilla i ett mörkt och tyst rum. Efter huvudvärken känner patienten sig ofta urlakad och trött. Migrän förekommer ofta samtidigt som andra sjukdomar som ångest, depression, stroke och allergier.

Bedömd tid för återvunnen funktion och normal läkning

Anfallet pågår i genomsnitt i 19 timmar hos vuxna, men för ett fåtal kan det pågå längre än i 5 dygn. Vissa återhämtar sig inte helt innan nästa anfall. Vissa patienter har daglig migrän trots daglig medicinering, så kallad kronisk migrän.

Behov av tidiga insatser. Särskilda överväganden och åtgärder

Primärvården eller företagshälsovården utgör basen för vården. Förutom läkare kan en sjukgymnast ofta bidra med till exempel avslappningsträning och råd om stresshantering. Synstörningar och andra neurologiska symtom kan leda till att en myndighet utfärdar förbud för vissa, till exempel piloter, att utöva sitt yrke. Ungefär 60 procent av alla gravida kvinnor med migrän får anfall mindre ofta under de två sista tredjedelarna av graviditeten. Var öppen för en diskussion om sjukskrivning eftersom antalet läkemedel som kan användas under graviditet är mycket begränsat. Uppmärksamma och behandla sömnstörningar, psykiska reaktioner eller associerade psykiatriska sjukdomar tidigt. Rekommendera patienten att ansöka om särskilt högriskskydd för att befrias från karensdag vid upprepad korttidsfrånvaro. Detta är lämpligare än en längre tids deltidssjukskrivning, eftersom anfällen vanligen uppträder oförutsägbart. Ett läkarintyg på patientens migrän kan med fördel bifogas ansökan. Rekommendera patienten att ansöka om särskilt högriskskydd för att befrias från karensdag vid upprepad korttidsfrånvaro.

Åtgärder vid sjukfall som inte avslutats inom ramen för rekommendation

Patienten bör snarast möjligt återgå i arbete, i enstaka fall på deltid till en början. Kontrollera att patienten har kontakt med Försäkringskassan och arbetsgivare. Överväg rehabilitering med byte av arbetsuppgifter eller omskolning till annat arbete.

Vid förnyad/fortsatt kontakt

Överväg rehabilitering och kontakt med kurator, beteendevetare, psykolog eller psykiatriker.

Det finns ett fåtal neurologmottagningar som bedriver vård av patienter med migrän och som kan konsulteras i komplicerade fall.

Fremtid.

"Scenario 5: The Genetic Enhancement Certificate

Katherine and Bill are applying for the same management position in a large firm. Included in Katherine's dossier is a genetic enhancement certificate from Opti-Gene, Inc. It certifies that the bearer has 'benefitted from cutting-edge genetic enhancement technology' and asserts that those who have had the package of services in question on average have fewer colds and other common respiratory infections, are less likely to suffer depression, and score higher on tests of memory skills. Bill, who cannot afford genetic enhancement, protests that 'hiring on the basis of genetic enhancement is just as unfair as hiring on the basis of race or gender – it's a violation of equal opportunity and makes a travesty of the merit system.' Katherine replies indignantly, 'Merit means the position goes to the best candidate, and I am the best candidate, so what's the problem?'" (Buchanan, Brock, Daniels & Wikler, 2000, s. 3-4)

Ovenstående citat præsenterer et fiktivt blik ind i en ikke-så-fjern fremtid, hvor genmodifikationer er blevet en reel mulighed både til behandling af sygdomme, men også som det er i tilfældet med Katherine til at forbedre kroppens funktionalitet. Hun har fået en genetisk forbedring, der gør, at hun i et livsperspektiv vil opleve 'færre forkølelser end gennemsnittet', være 'mindre tilbøjelig til at få depression', ligesom hun er 'bedre til at huske'. Samme forbedring har hendes konkurrent Bill ikke haft råd til at investere i, hvorfor han ender med at blive valgt fra til hans store fortrydelse og forargelse.

Eksemplet indgår i et større værk, der diskuterer de etisk-moralske problemstillinger, der opstår ved ulige adgang til sådanne genetiske forbedringer, og de konsekvenser det kan skabe for samfundets måde at fungere på. I denne sammenhæng er det interessante dog den forskydning i den medicinske kosmologi som eksemplet hviler på. I en interessant artikel, der beskriver medicinens udvikling fra den bakteriologiske revolution til den molekylære, skriver Labisch følgende:

"Medicine in the last couple of decades has followed more or less the model of 'exposition': diseases approached the human being from outside (e.g. bacteria, viruses, stress-factors). Molecular medicine transposes this etiology from exposition, i.e. from the outer world, to disposition and thus to the (genetic) inner world of the individual human being. Firstly, this means that dispositions for disease are internalized as biological fate. From this follows secondly, that dispositions for disease, hitherto understood as general risk factors, are individualized. And this leads to thirdly, on the basis of this individual genetic disposition individual statistical risks become evident." (Labisch, 2002, s. 210-1)

I stedet for at fokusere på agenter i individens omverden, der kan forårsage sygdomme (f.eks. infektioner), bliver fokus med den molekylære medicinske revolution rettet mod individernes indre og deres i kroppen indskrevne genetiske dispositioner. På baggrund af denne udvikling sker der igen en individualisering af sygdomme, der kan læses som individets 'biologiske skæbne'.

Det betyder også, at sygefravær forstået som midlertidig (og delvist uventet) fritagelse fra ens sociale rolle, i princippet bliver irrelevant, fordi det at være syg bliver determineret af den individuelle risikoprofil. Det vil sige, at man kan lade sygdom indgå, som en del af de sociale roller folk besidder, alt afhængigt af deres genetiske materiale. I princippet kan man fremavle erhvervsaktive, der aldrig vil være syge, fordi de er udvalgt på baggrund af en helt særlig individuel risikoprofil, der helt udelukker muligheden for sygdom, hvorfor sygefravær – dvs. midlertidig indtrædelse i sygerollen – bliver et irrelevant fænomen.

Forskellige medicinske kosmologier producerer altså forskellige betingelser for sygefraværsfænomenets eksistens, og kun det nutidige patologisk-anatomiske sygdomsparadigme understøtter sygefraværet i dets nuværende form (dvs. som en forsikringsordning, der tegnes udfra møjsommeligt beregnede

estimerer for bestemte grupper sygelighed). 'Sengsidemedicinen' umuliggør sygefraværet i denne forstand, fordi den statistiske behandling forudsætter standardiserede sygdomme med forudsigelige mønstre, man kan iagttage og beregne risiko ud fra. Medicinen i den genetiske æra derimod overfløddigør i princippet sygefraværet, fordi nødvendigheden af en midlertidig indtrædelse i sygerollen i stigende grad vil blive et irrelevant fænomen, fordi det ikke længere er nødvendigt at beregne risici på gruppeniveau, da det i stedet kan gøres på individniveau, så estimatet bliver en mere eller mindre eksakt prognose for det enkelte individs sygehistorie. På den baggrund kan der gennemføres en selektion af individer i forhold til deres helbredsprofil, hvilket betyder, at virksomheder ikke længere behøver at benytte sig af arbejdskraft, der har brug for sygefravær i ny og næ – og de mennesker, der måtte leve med helbredsproblemer på forhånd kan være sikret, at de sociale roller, de indtager i samfundet, er tilpasset det fremtidige helbreds niveau deres genprofil foreskriver. Hvis vi da ikke helt beslutter os for at udrydde alle potentielt syge mennesker. Måske er sygefravær derfor et fænomen, der alene tilhører det moderne samfund?

8. Sygefravær-fænomenets universalitet?

Sygefravær er ikke et universelt fænomen for...

1. Sygefravær forudsætter eksistensen af det frie lønarbejde.
2. Sygefravær forudsætter adskillelsen mellem arbejdsliv og familieliv, arbejdstid og fritid osv.
3. Sygefravær forudsætter disciplineringen af arbejdskraften.
4. Sygefravær forudsætter, at arbejdsrollen er den hårdeste, og at man ved at blive fritaget fra den kan restituere sig.
5. Sygefravær forudsætter, at den rolle man besidder giver legitim ret til at indtage sygerollen.
6. Sygefravær forudsætter, at man lider af en 'legitim' sygdom, der ikke opfattes som umoralsk
7. Sygefravær forudsætter en medicinsk kosmologi med standardiserede, men ikke-determinerede sygdomme.

Spørgsmålet er så, om det betyder noget? Er det ikke bare ligegyldige betragtninger for en diskussion af sygefravær-fænomenet, som vi kender det i dag? Her vil alle disse forudsætninger jo være til stede og derfor kan man uden problemer tale om sygefraværet på den måde, man hidtil har gjort.

Måske forholder det sig faktisk sådan. Men hvis dette er udgangspunktet for en analyse af sygefravær-fænomenet, vil selv de største afvigelser blive forsøgt bortforklaret og bortrationaliseret indenfor den 'hegemoniske' forståelse af sygefravær vi opererer med. Man risikerer derved at se bort fra aspekter, som er vigtige. Og de aspekter, som ikke er identiske med den forforståelse vi har af fænomenet, vil blive overset, glemt, undertrykt eller negligeret. Og måske vil disse ikke-identiske aspekter vende tilbage som modsætninger og anomalier, der senere vil give problemer for vores teoretiske forståelse af fænomenet. Det er der imidlertid kun én måde at finde ud af på: Vi må granske

sygefraværsfænomenet nærmere og dermed undersøge, om vi blot kan tage disse forudsætninger for givet, eller om vi må forholde os til dem i en analyse af fænomenet. Et første skridt i den retning er at dykke ned i fænomenets historie, for at se om der her er spor af ikke-identiske modsætninger, som må 'reddes' og erindres og tages i anvendelse i analysen af sygefraværsfænomenets moderne fremtrædelsesform.²⁰

¹ Dette kapitel skal læses som et første forsøg på at begribe fænomenet sygefravær gennem konstruktionen af en konstellation af fænomenets delelementer. I Susan Buck-Morss klassiske introduktion til Adorno kan man læse, at en sådan konstruktion af konstellationer eller 'historiske billeder', som Adorno også omtaler dem, kan foregå på forskellige måder, men primært består af to dele: "There were two moments in the dialectical process of construction constellations. One was conceptual-analytical, breaking apart the phenomenon, isolating its elements, and mediating them by means of critical concepts. The other was representational, bringing the elements together in such a way that social reality became visible within them... The images illuminated contradictions rather than negating or sublating them; the procedure was one of mimetic representation rather than synthesis." (Buck-Morss, 1977, s. 101-2). En applikation af denne tilgang betyder først og fremmest, at fænomenet må brydes op i dets enkelte elementer i et forsøg på kaste lys over dem som isolerede dele. Det er f.eks. det, jeg forsøger at gøre ved at fokusere på hhv. sygdomselementet (afsnit 6+7) og fraværs-elementet (afsnit 4+5) i ordet sygefravær hver for sig. Samtidig inddrages forskellige sociologisk teorier for at begribe de enkelte elementer kritisk. En anden af Adorno's foretrukne teknikker var at sammenstille ekstremer, der ikke umiddelbart har noget med hinanden at gøre, men hvor ekspositionen alligevel viser, hvordan de er forbundne til hinanden. Denne strategi følges også gennem hele afsnittet, hvor eksemplerne med Steen, Crankeba og Ronaldo alle kan ses som ekstremer, der markerer yderpunkter i sygefraværsfænomenets fremtræden. Men målet er altså ikke at nå til en syntese, hvor sammenstillingen opløses i en samlende analyse, der forsøger at forklare de modstridende elementer. Pointen er derimod, at elementerne i deres modsætningsfyldte eksistens er en bedre repræsentation af fænomenets egentlige væsen, selvom der på ingen måder bliver gjort krav på at fremstillingen skulle være udtømmende.

² På dansk: ondartet malaria.

³ En nærmere behandling af forskellige mål for sygefravær findes i kapitel 3, afsnit B og C.

⁴ Det følgende baserer sig på en fantasifuld sammenskrivning af en række kilder om forholdene for slaverne på de Britisk Vestindiske Øer (Williamson, 1817; Sheridan, 1985) og i Sydstaterne (Shryock, 1930).

⁵ Historien om Ronaldo bygger på følgende artikler fra danske aviser: Jyllands Posten, 10. juli, 1998 (Frits Christensen, 'Ronaldo er VM's dyreste'), Aktuelt, 14. juli, 1998 (Nikolai Kampmann, 'Dukke i fodboldens vanvid'), B.T., 14. juli, 1998 (Henrik Byager, 'Nike – det globale sportstempel'; Klaus Moe, 'Jeg ville spille'), Berlingske Tidende, 19. juli, 1998 (Mads Kastrup, 'Stjernekrigen') & Jyllands Posten, 9. oktober, 1998 (Jakob Rubin, 'Ronaldo blev presset').

⁶ For en mere detaljeret gennemgang af arbejdsdisciplinens betydning for sygefraværsfænomenets konstitution se Kapitel 2, afsnit 2. Spørgsmålet tages op i forbindelse med en generel diskussion af, hvordan misbrug af sygehjælpen (herunder muligheden for fravær fra arbejde) har været diskuteret historisk. Problemstillingen vendes også kort i kapitel 6, XVI, hvor det er fravær forstået som et konfliktvåben, der er temaet.

⁷ Den strategiske brug af sygefravær diskuteres forskellige steder i skriftet f.eks. kapitel 3, afsnit E, kapitel 4, eksempel 1+3 samt i slutningen af kapitel 5.

⁸ Gennem hele afhandlingen refereres til danske love gennem deres standardforkortelser i Retsinformation (www.retsinformation.dk). Det vil sige: LBK = Lovbekendtgørelse, VEJ = Vejledning, KEN = Kendelse.

⁹ Sygekassetidende var den danske sygekassebevægelses medlemsblad i perioden fra 1892 frem til kassernes nedlæggelse i 1973. I den forstand udgør tidsskriftet en unik kilde til de emner, der blev diskuteret i relation til sygehjælpen, herunder dagpengehjælp i tilfælde af sygdom, det vi i dag kalder sygefravær. Selvom tidsskriftet således har en meget bred tilgang, giver det den mest direkte adgang til diskussion af sygefraværsfænomenet i et historisk perspektiv. Kapitel 2 vil trække endnu mere på tidsskriftet, men det vil blive inddraget løbende gennem hele afhandlingen, i det omfang det er relevant.

¹⁰ Hvis man f.eks. sammenligner antallet af studier, der undersøger betydning af familieforhold for sygefravær med antallet, der undersøger betydningen af arbejdsforhold for sygefravær, er der en faktor 6. Af de 31 studier af arbejdsmiljøets betydning for sygefravær kontrollerede man kun i 6 af dem for forhold i hjemmet, og kun i et enkelt for den direkte belastning af arbejdsopgaverne i hjemmet (se SBU, 2003, s. 108-14; 160-75). Der er altså god grund til at mene, at det reproduktive arbejde i hjemmet, også udgør en blind plet for sygefraværskforskningen.

¹¹ For en nærmere beskrivelse af de i alt 18 interviews med erhvervsaktive vestjyder herunder udvælgelseskriterier, generaliseringspotentiale mm. se appendiks 2.

¹² Retningslinjerne for patienter, der skal have foretaget et keglesnit er taget fra: Vejledning om keglesnit-operation (http://www.sygehusviborg.dk/graphics/SygehusViborg/Arbejdspladsen/Afdelinger/Kvinde_afd/Kvindeafdelingen/Pjece_r2007/GYN_keglesnit_nov07.pdf) samt (<http://www.sygehusfyn.dk/wm181501>)

¹³ Dommen er opsummeret i Advokatsamfundets vejledninger til deres medlemmer: Fagligt Nyt, der findes i elektronisk version på deres hjemmeside (Fagligt Nyt, 25. maj, 2007 Ansættelses- og Arbejdsret) (<http://www.advokatsamfundet.dk/Default.aspx?ID=11687&M=News&PID=0&NewsID=9559>). Se endvidere en fuld beskrivelse af Tvistighedsnævnets afgørelse i den omtalte sag: KEN nr 9031 af 27/02/2007 (<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=115177>)

¹⁴ Mere om den pointe i kapitel 2, afsnit 3, hvor spørgsmålet om 'pjæk' eller misbrug af sygehjælpen diskuteres i et historisk perspektiv.

¹⁵ At denne arbitrære opdeling ikke er ny, og at der også har været undren over den før, ser man af følgende citat fra Sygekassetidende: "Selv om Sportens sanitære Betydning fra stærkt sportsinteresserede Kredse er bleve noget overdrevet, forbavser det dog at se, at et Par Selskaber reserverer sig over for Sygdomme, som er en Følge af Sport – det ene Selskab følger dog Adjektivet 'farlig' til foran Sport og forklarer 'farlig Sport' nærmere som Vædekampe, Væddeløb, Boksning, Luftsejls, Bjergbestigning og Lystsejls uden søkyndig Medhjælp. At den danske Mand, der er saa stærk, at han for sin Fornøjelse færdes i Jotunheim og andre norske Fjeldegne, paa Forhaand skal opfattes som udsættende sig mere for Sygdom end den, der bruger sin Fritid til f. Eks. Keglespil i en Ølhave, er vistnok mere end mærkeligt – og sikkert forkert" (Heiberg, Sygekassetidende, 1916, s. 43). Selvom der her er tale om private forsikringsselskabers forbehold for visse 'umoralske' sygdomme, er det med til at illustrere pointen om, at der er forskel på sygdomme, alt afhængigt af, hvordan de er opstået, og at det nødvendigvis involverer, at man trækker på principper, der angiver, hvilke handlinger, der opfattes som normen, og hvilke der opfattes som overskridende denne.

¹⁶ Dette postulat udbygges yderligere i kapitel 2, afsnit 3 og 4, hvor det både er sygdommes konkrete moralske status, der diskuteres, ligesom spørgsmålet om menneskets forpligtelse til at hjælpe andre mennesker i nød sættes i relief.

¹⁷ Brugen af en komparativ metode, der hævder, at når ellers sammenlignelige enheder varierer på ét eller flere interessante parametre (f.eks. sygefraværets omfang), genfindes overalt i såvel den politiske behandling af sygefraværsfænomenet som i den videnskabelige. Spørgsmålet om denne metodes gyldighed tages op forskellige steder i afhandlingen blandt andet i kapitel 3, afsnit C, kapitel 4 og i første del af kapitel 5. Det springende punkt i denne antagelse handler om den status konteksten for disse variationer tilskrives, og i hvor høj grad de enheder, der hævdes at være sammenlignelige, nu også er det.

¹⁸ Beskrivelsen er taget fra den svenske Socialstyrelses hjemmeside:

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/0A0B171E-EB06-461A-B671-F0EC4413BB52/0/sjukskrivning.htm>

¹⁹ For denne del af historien om sygefraværets mulighed se kapitel 2, afsnit 6.

²⁰ Det kan her være på sin plads at påpege, at mange af de temaer, der bliver berørt såvel i dette kapitel som i kapitel 2 om sygefraværets historie senere bliver brugt som ét udgangspunkterne for den samlede analyse af det erfaringsmateriale, der er indsamlet via spørgeskemaer og kvalitative interviews. Dette sker både for at fremhæve den kontinuitet (og dermed de ansatser til universelle aspekter af sygefraværtsfænomenet), der måtte være mellem de forhold, som betinger sygefraværtsfænomenet på tværs af tid og rum, men i ligeså høj grad for at vise de brud og særegenheder, der findes.

Kapitel 2

Sygefraværets naturhistorie¹

0. I stedet for prolog: forvirring.

At gå på opdagelse i sygefraværets naturhistorie fordrer en erkendelse af historiens ikke-lineære og delvist kontingente gang. For historien gælder det samme som for filosofien: den er 'i al væsentlighed ikke referérbar [wesentlich nicht referierbar]' (Adorno, 1970, s. 44, min oversættelse). Vi kan altså ikke give en udtømmende, kronologisk gennemgang af sygefraværets udvikling fra antikken til det moderne. Vi må i stedet affinde os med en konstellativ fremstilling, der er tro mod de sprækker og revner, historien har produceret; en fremstilling, der på én og samme tid forsøger at erindre den faktiske menneskelige lidelse, sygefraværsfænomenet er filtret sammen med, og som alligevel lader os se mulighederne for derigennem at ane håbet om en for fremtiden anderledes tilværelse.²

1. Tilsynekomst

Ifølge Dansk Sprognævn kan den første registrerede brug af ordet 'sygefravær' dateres til et telegram fra Ritzaus Bureau optrykt i Dagbladet Information i starten af september 1974.³ I notitsen stod der følgende:

"Fravær – Nordjyllands største arbejdsplads, Ålborg Værft, har konstateret en kraftig stigning i de ansattes fravær på grund af sygdom. Sygefraværet er steget med 49 pct. siden april kvartal 1972. I april kvartal i år har der været 11.290 tabte arbejdsdage på grund af sygdom, oplyses det på værftet" (Information, 4. september 1974, s. 5).

33 år senere kan man læse følgende passage om sygefravær i en anden dansk avis:

"Danskernes sygefravær sætter ny rekord...Der findes ikke nogen samlet statistik over antallet af syge, blandt andet fordi den enkelte arbejdsgiver skal betale løn i de første 15 dages sygefravær, men det stigende sygefravær i Danmark understreges af en fraværstatistik fra Det Fælleskommunale Løndatakontor. Den viser, at det gennemsnitlige fravær i kommunerne og regionerne er steget fra 12,2 dage per medarbejder i 2005 til 13,3 dage i 2006. Sygefraværet er altså steget med næsten 10 procent fra 2005 til 2006 blandt de godt en halv million ansatte." (Politiken, 10. september, 2007, s. 10)

På trods af den tidlige afstand mellem de to citater er der tale om en næsten identisk brug af ordet sygefravær. I begge passager beskriver ordet en abstraktion: et forsøg på at opsummere den samlede mængde af sygdomsbetinget fravær (eller 'tabte arbejdsdage', som det fremgår af notitsen fra Information).



Men at sygefraværets tilbliven kan dateres så præcist, som det gøres af Sprognævnet, må uværgerligt få en til at spørge, om det da ikke var muligt at være sygefraværende før 1974? Hertil findes der ikke noget enkelt svar, for hvis man giver sig selv den fornøjelse at slå sygefravær op i 'Ordbog over det danske

Sprog', finder man intet opslag af ordet. Til gengæld finder man både 'sygemelde', 'sygemelding', 'sygeliste', 'sygedag' og 'sygdomsforfald' som opslagsord. Er der noget i disse ord og deres indbyrdes relationer, som kan hjælpe os til at fortælle historien om sygefraværsfænomenet?

Svaret på dette spørgsmål må være bekræftende, i hvert fald hvis man skal tro en passage fra de første sider i Habermas' doktordisputats om den borgerlige offentlighed:

"En socialhistorisk analyse af det betydningssyndrom som knytter sig til ordene 'offentlig' og 'offentlighed' kunne give os en begrebsmæssig sociologisk forståelse af de forskellige sproglige lag som disse ords historie omfatter. Allerede den første etymologiske henvisning til offentlighed giver os et rigt grundlag for slutninger. På tysk dannes substantivet 'Öffentlichkeit' først i det 18. århundrede af det ældre adjektiv 'öffentlich' – i analogi med 'publicité' og 'publicity'... Når man ikke havde brugt ordet før i denne periode, er det rimeligt at antage, at det først var på denne tid – i hvert fald i Tyskland – at denne sfære blev dannet og fik sin funktion." (Habermas, 1971a, s. 2)

Hvis man i dette tilfælde skal parafrasere Habermas' tanker må pointen være, at en lignende analyse af ordet sygefravær, (og de ord som knytter sig her til – f.eks. sygdomsforfald og sygemelding) vil kunne give os en bedre sociologisk forståelse af fænomenet. Og når man ikke havde brugt ordet sygefravær før de tidlige 1970'ere, må dette tidspunkt markere, hvis ikke en decideret start på sygefraværsfænomenets tilbliven, så i hvert fald en forskydning i dets fremtrædelsesform.



Ordene 'sygemelde'/'sygemelding' udmærker sig ved ikke at være synderligt forskellige fra den måde disse bruges på i dag. ("Den næste Morgen mødte Brodersen, paa Vejen til Banken Jørgensens tiaarige Datter. Hun kom med Sygemelding fra Faderen. KLars.GV.63."⁴ / "Skønt han ser noget usund og svagelig ud er han dog aldrig syg eller sygemeldt. Soya. HF.34."⁵, ODS). Som vi kan se beskriver de nemlig på en neutral måde det faktum, at en person må 'give melding til sin foresatte', at vedkommende er syg og af den grund må 'udeblive fra sit arbejde'. I henhold til optegnelserne i *Ordbog over det danske Sprog* (ODS)⁶ er der tale om ord, som i hvert fald går tilbage til starten af 1900-tallet og i nogle tilfælde til midten af 1800-tallet. Med andre ord var det også muligt at være 'sygemeldt' og have 'sygedage' ("I den Menneskealder, jeg som Læge soignerede hans Hjem, ha'de han ikke én eneste Sygedag. HKaarsb.M.II.58."⁷, ODS) før ordet sygefravær opstod.

Men hvis ordene sygemelding, sygemelde og sygedage blev brugt på samme måde for mere end 100 år siden, som vi gør i dag, hvad så med ordet sygefravær? Umiddelbart må man betragte sygdomsforfald som det ord, der ligner ordet sygefravær mest. For både sygefravær og sygdomsforfald er der tale om et forsøg på *abstrakt* at beskrive den tilstand, hvormed en person på grund af sygdom ikke er tilstede i sin sædvanlige arbejdsrolle. I en omtale af tjenestemænds ansættelsesvilkår – der bruges som eksempel på ordet i ODS – hedder det: "Sygdoms-forfald, et. (især emb.) forfald, der skyldes sygdom. naar Tjenestemænd under Udenrigsministeriet faar Sygdomsforfald. LovL.X.1522. EChristians.NT. 410."⁸ (ODS) Om begrebet sygdomsforfald har haft den samme dobbelthed i begrebet, som er tilfældet for begrebet sygefravær, der både kan tilskrives individer, men også bruges som et administrativt, biopolitisk begreb⁹, der beskriver en bestemt population (hvad enten det er et lands befolkning, eller hvad der oftere er tilfældet en bestemt virksomheds ansatte), ligger hen i det uvisse. Det første eksempel på ordet sygdomsforfalds brug, jeg har kunnet finde, stammer fra Skifteprotokollen for Øster

Han Herred dateret 1828, hvor der står: ”Aar 1828 den 3 septembr. tog møde i stervboet efter afg. selvejerhuusmand. Niels Jensen Jacobsen af Beistrup i skifteforvalterens sygdomsforfald hans constituerede fuldmægtig.”¹⁰ I dette citat såvel som en lang række andre skrifter op gennem det 19. århundrede bruges ordet til at beskrive det vi i dag kalder sygefravær for personer helt tilbage til 1600-tallet. Det gælder både skuespillere, (der på grund af sygdomsforfald må aflyse deres forestilling), og personer i forskellige offentlige embeder (som fx Øster Han Herred’s skifteforvalter). Om ordet blev brugt helt tilbage i det 17. århundrede kan vi kun gisne os til, men der er ingen tvivl om, at fænomenet i hvert fald har eksisteret i en eller anden form, der minder meget, om den vi har i dag.

På trods af ligheden mellem de to ord er der dog også væsentlige forskelle: Forfald dækker over en ”uventet indtrædende omstændighed, hvorved en person (paa afgørende maade) forhindres i at komme til stede, hvor hans nærværelse ventes ell. kræves (i henhold til aftale, overdraget hverv, embedspligt olgn)” (ODS), og derfor er der her tale om en automatisk eller passiv reaktion på omstændighedernes gang. Derimod må man betegne den implicitte tilskrivning af handlekraft, der lægger bag ordet fravær, som *intentionel* eller *bevidst*. Ordet fravær er et låneord, der oprindeligt stammer fra oldnordisk, men som i begyndelsen af det 19. århundrede kom til Danmark via det norske ord fraavera (ODS). Betydningen er den samme som fravær i dag: ”Fraværelse: det at være fraværende (2); borteværelse. 2.1) om det forhold, at en person opholder sig paa et andet sted end det, hvorom der er tale.” (ODS). Den centrale forskel sammenlignet med beskrivelsen af forfald er ordet ’opholder sig’: Andetsteds i ordbogen kan man læse, at ordet opholde betyder: ’at midlertidigt (for)blive, dvæle, have slaaet sig ned et sted’ (ODS). Fravær indeholder derfor muligheden for, at man *bevidst* eller *intentionelt* befinder sig et bestemt sted, hvorimod forfald kun levner mulighed for, at det skete (i hvert fald delvist) mod ens vilje.

Man *fik* forfald på grund af sygdom; men *tager* ’fravær med sygdom som angivet årsag’, (som det så smukt hedder i en behandling af emnet fra starten af 1970’erne (Due, 1972). Men hvad var det så, der gjorde, at man i starten af 1970’erne begyndte at omtale sygdomsforfald som sygefravær?



Måske var den afgørende forandring før og efter 1974 den decommodificationproces¹¹ som mindre sygdomme i disse år var udsat for, der betød, at markedskræfterne ikke længere var alene om at regulere, hvorvidt man kunne tage fri for at passe sin sygdom. Så sent som i midten af 1950’erne måtte man stadig nøjes med blot 40 øre om dagen i sygehjælp – et beløb der allerede på dette tidspunkt blev anset for at være komisk (Jensen & Møller Nielsen, Sygekassetidende, december 1955, 300-301) – og som omregnet til 2008 priser ville svare til en dagpengehjælp på fem! kroner. (Og selv, hvis man havde været så forudseende at forsikre sig udover den obligatoriske hjælp, kunne man maksimalt få udbetalt 6 kroner om dagen i sygehjælp – et beløb der svarer til 79 kroner i dag).¹² Fra 1. april 1973 blev det arbejdsgiverens ansvar at sikre deres ansatte dagpenge under sygdom svarende til 90% af lønnen dog maksimalt 116 kroner (hvilket svarer til 623 kroner i 2008 priser).¹³

Den danske sociolog Gøsta Esping-Andersen beskriver, i hans banebrydende værk om velfærdskapitalismens tre ’verdener’, den forskydning af forholdet mellem arbejdstager og arbejdsgiver, der fulgte af denne ændring af lovgivningen. I en passage, der er værd at citere i sin fulde længde, lyder det som følger:

”Like pensions, sickness and related benefits were originally meant to help only the truly incapacitated. The idea of paid absence from work has undergone a decisive transformation in terms of both quality and scope. In most European countries, sickness benefits today equal normal earnings. In some countries, notably Scandinavia, legislation has deliberately sought to emancipate the individual from work-compulsion by extending high benefits for a broad variety of contingencies, including sickness, maternity, parenthood (for mother and father), education, trade-union and related involvement, and vacation. Controls and restrictions have been eliminated or liberalized; waiting days have been abolished, a medical certificate or illness is required only after one week, no previous work-experience is required to qualify, and benefits can be upheld for very long periods. It is clear that liberal access to paid absence from work can fundamentally alter employers’ exercise of control. And, not surprisingly, related transfer benefits have been a favourite topic for the ‘negative work-incentive’ literature. In many cases, absenteeism mirrors nothing more than objective incapacitation, and the issue of negative incentives is trivial. But if the programs offered to workers are such that they can exercise a modicum of discretionary choice as to whether to work or to pursue alternative activities that they, personally, give priority to, social policy will have transformed the entire logic of the employment contract.” (Esping-Andersen, 1990, s. 153-154)

Hvis arbejderne nu fik mulighed for at tage fravær i de tilfælde, hvor de følte sig lidt sløj, i stedet for kun at være berettigede til hjælp i de mere langvarige og alvorlige tilfælde af sygdomsforfald, betød det på sin vis en ændret balance mellem arbejdsmarkedets to parter. Opkomsten af sygekasserne havde ikke influeret på deres forhold, da finansieringen af den forholdsvis beskedne sygehjælp, i starten alene baserede sig på bidrag fra medlemmerne og støtte fra hhv. stat og kommune. Når en arbejder blev syg, betød det også, at vedkommende ikke længere oppebar sin løn. I mange tilfælde var det derfor en økonomisk nødvendighed for disse mennesker at fortsætte med at arbejde på trods af sygdom; en situation vi kan finde et eksempel på i et læserbrev fra sygekasseregeren i Taulov, der blev forfattet lige efter den Anden Verdenskrig: ”Jeg har adskillige Gange været stillet over for det Forhold, at en Arbejder, der paa Grund af Sygdom af sin Læge er blevet anordnet Arbejdshvile i længere Tid, har trodset Anordningen under Henvielse til Tabet af Arbejdsindtægt og muligvis af Arbejdsløshedsunderstøttelsen og derved har forværret sin Sygdom.” (Lund, Sygekassetidende, 1946, s. 23).¹⁴ Forfatteren Grete Stenbæk Jensen har i sin bog *Konen og Æggene* en længere passage, der beskriver mere prosaisk, hvordan vi kan forestille os forholdene var på den tid, hvis man var så uheldig at være syg:

”Inga har haft vinterferie, og hun er begyndt på arbejde nu i dag til morgen. Hun har ikke været på Mallorca for at blive solbrændt eller for at hvile sig. Nej, hun har benyttet sin ferie til et hårdt tiltrængt besøg hos sin læge. Hun har altid ondt i knæene og kan ikke tåle at stå så meget. Hun dør også med svimmelhed og opkastning om morgenen. Inga er én af mine arbejdskammerater, som jeg kan snakke fortroligt med. Jeg var spændt på at høre, hvad lægen havde sagt. ’Han sagde, at svimmelhed og opkastningerne stammede fra nerverne,’ betroede hun mig, da ingen andre var i nærheden. Hun viste mig flasken med pillerne og sagde: ’De er meget stærke. Jeg bliver fuldstændig tummelumsk af dem. Han siger, at jeg ikke må gå på arbejde mens jeg får dem. Men du kan tro, jeg skal ikke have noget af at gå hjemme med den slags. Man får jo bare at vide, at man er forkert syg. Nej, så længe Inga kan stå på benene, så vil hun det. Også selvom hun er helt tummelumsk i hovedet. Den morgen blev Inga, Anna og jeg sendt i kælderen ved halv otte tiden. Der var hundekoldt dernede. En stor lastvogn med anhænger stod uden for kældervinduerne. Den skulle tømmes for papemballager. Vi stod og skuttet os i kulden og ventede på, at forvalteren og chaufføren skulle få sneen skovlet væk fra vinduerne. Anna havde handsker på og et tørklæde om hovedet. Hun har haft gigtfeber og er svagelig. Men Anna klager aldrig. Hun arbejder hårdt og gør mere end sin pligt. Hun går også på arbejde med influenza, selvom hun har fyrrer i feber. Hendes løn går jo ind i budgettet i det landbrug, hun og hendes mand har. Der kan ikke undværes noget... Anna, Inga, og mange, mange andre, jeg selv iberegnet, har ikke råd til at være syge. Man skal være meget forkommen og sølle, hvis man skal gå syg på lægeattest, og så får man ikke fuld dækning for lønnen under sygdommen.” (Jensen, 1973, s. 55-6,61)

Jensens beskrivelse er baseret på efterkrigstiden, hvor der allerede var sket store forbedringer i sygehjælpen for de alvorligt syge, der gjorde, at man ikke var fuldstændig overladt til sin egen skæbne. Men der var altså stadig problemer, hvad enten det skyldes moralske kvaler ved at være syg på en sådan måde, at ingen ville tro det, eller fordi der simpelthen ikke var plads i budgettet til at lægge sig syg. Og to årtier senere var der stadig visse økonomiske problemer forbundet med at være sygemeldt – særligt hvis sygdommen trak ud i længere tid. I forbindelse med den betænkning, der førte til, at sygekasserne blev afskaffet, udførte Socialforskningsinstituttet en stor undersøgelse, der blandt andet så på konsekvenserne af den manglende indkomst under sygdom:

”Socialforskningsinstituttets undersøgelser for kommissionen viser, at sygdomsperioder for lønarbejdere medfører ubehagelige økonomiske konsekvenser i langt de fleste tilfælde. De korteste sygdomsperioder – under 10 dages varighed – virker først og fremmest på det øjeblikkelige forbrug, mens de videre virkninger på familiens økonomi består i, at man kommer bagefter med en enkelt skatterate. De konsekvenser, der har mere langsigtede uheldige virkninger på familiernes økonomi, spiller en stærkt stigende rolle, jo længere sygdomsperioden varer. Af de lønmodtagere, der har haft en sygdomsperiode af mere end 100 dages varighed, har således 72 pct. pådraget sig skatte- eller huslejerestancer o.lign., 39 pct. har undladt betaling af forfaldne regninger, 32 pct. har optaget lån og 19 pct. har købt på kredit. Der er således behov for bedre dagpengedækning for alle sygdomskategorier, men behovet er stærkt stigende med sygdomsperiodens varighed og mere langsigtede uheldige konsekvenser af ufuldstændig dækning optræder først og fremmest for sygdomsperioder af over 20 dages varighed og da især for perioder af en varighed på mere end 10 dage.” (Betænkning, 1969, s. 257-8)

For den enkelte lønarbejder stod valget altså mellem at hutle sig igennem arbejdet på trods af sygdom, og måske på trods af lægens råd om det modsatte, eller at risikere at gældssætte sig eller i hvert fald komme bag ud med betalingen af regninger, hvilket ofte var problematisk, (og måske endda også moralsk uacceptabelt for mange af de mennesker, der risikerede at ende i en sådan situation).¹⁵ Selvom arbejdsgiveren selvfølgelig kunne tabe penge på sine medarbejderes sygdom, hvis han ikke umiddelbart kunne finde en anden til at udføre arbejdet, var det dog udgifter af en helt anden karakter, der blev kastet over på arbejdsgiverne i forbindelse med loven om sygedagpenge fra 1973. Før 1956 var det udelukkende tjenestemænd, funktionærer og visse ansatte indenfor landbruget, som havde adgang til fuld løn i tilfælde af sygdom (Sygekassetidende, december 1955, 300-301). En undersøgelse fra starten af 1950’erne viste ligefrem, at mere end 2/3 af arbejderne stod helt uden indkomst, hvis de blev ramt af sygdom (Rønsmæs, Sygekassetidende, marts 1955, s. 68-71). Dette blev dog ændret i foråret 1956, da Folketinget ophøjede det forkastede overenskomstforlig, der udløste den store benzinstrejke (Nissen, 2004, s. 150-3), til lov; dermed var der skabt en sygelønsordning for en stor del af de danske arbejdere. Her forpligtede de i Dansk Arbejdsgiverforening organiserede arbejdsgivere sig til at indbetale et beløb til sygekasserne hver måned, der skulle sikre deres ansatte en vis kompensation i tilfælde af sygdom. Blot fire år senere blev ordningen ophøjet til lov i forbindelse med sygeforsikringsreformen af 1960. Og da man mindre end 10 år senere foretog den mest gennemgribende reform af systemet, blev det altså besluttet, at arbejdsgiverne fra 1. april 1973 havde pligt til at betale sygedagpenge fra første til femtende sygedag for samtlige ansatte – et princip, der i det store hele har eksisteret siden da, selvom den periode arbejdsgiverne er forpligtet til at betale, i gennem årene er blevet ændret flere gange (for en diskussion af dette forhold se Johansen, Andersen, Mikkelsen, Pass, Raffnsøe & Lynge, 2008).

Tilblivelsen af ordet sygefravær og italesættelsen af sygdom som fravær i det hele taget, kan altså fortolkes som udtryk for en ændring af magtbalancen mellem arbejdsgiver og arbejdstager, der indebar større frihed til restitution for sidstnævnte i tilfældet af (især) små, men også store sygdomme. Muligheden for at drage omsorg for sig selv i tilfælde af sygdom var ikke længere et anliggende, der alene var overladt til markedskræfterne at regulere.



Men sygefraværsfænomenet er alligevel uløseligt forbundet med sociale skel og magtubalance mellem samfundets forskellige klasser. I forbindelse med diskussionen af konsekvenserne af sygekasselovens ændring i 1915 kan man udlede, at der allerede før dette tidspunkt fandtes flere grupper af lønmodtagere, der fik fuld eller delvis fuld løn under sygdom f.eks. postbude, statslige embedsmænd og sømænd (Sygekassetidende, april 1916, s. 145-50). Dette forhold fyldte ikke meget og oplevedes ikke som presserende, hvis man skal dømme ud fra det omfang spørgsmålet har i Sygekassetidende i perioden 1903-1945. Men de store forskelle i indkomst i tilfælde af sygdom får stigende betydning efter den anden verdenskrig og bliver et stort debattema op gennem 1950'erne, indtil det i 1956 lykkedes at gennemføre den ovenfor nævnte sygelønsordning via overenskomstforhandlingerne mellem DA og LO. Men der var dog stadig væsentlige uligheder i forholdene mellem hhv. arbejdere, funktionærer og tjenestemænd ligesom forholdene for de selvstændige erhvervsdrivende kunne være vanskelige. Netop *forskellene* mellem de forskellige grupperinger på arbejdsmarkedet indgik også i overvejelserne i den betænkning, der endeligt nedlagde sygekasserne og pålagde arbejdsgiverne et økonomisk ansvar for at sikre deres ansatte i tilfælde af sygdom:

”En anden væsentlig begrundelse for i højere grad at dække det faktiske indtægtstab ved de korterevarende trangtilfælde er ønsket om at opnå en bedre overensstemmelse mellem vilkårene for de forskellige befolkningsgrupper. Væsentlige og stadig voksende grupper af lønmodtagere har allerede gennem deres ansættelsesforhold opnået en betydelig sikring imod indtægtstab, f.eks. under sygdom. Det gælder for tjenestemænd, funktionærer og flere andre.” (Betænkning, 1969, s. 247)

Men altså ikke for lønarbejderne, som ubetinget var den største gruppe på arbejdsmarkedet, og som ovenikøbet også var én af dem, der havde den dårligste løn. Der var dog nogen tøven med at skabe fuldkommen samme vilkår for alle grupper, da det ville betyde fuld løn for netop lønarbejdere – et vilkår, som ikke alene kunne virke urimelig, men som måske også stimulerede til misbrug af ordningen:

”For en dækningsprocent på under 100 kan tale, at der under sygdom eller arbejdsløshed kan falde visse udgiftsposter væk, som f.eks. kørselsudgifter o.lign. Hertil må dog føjes, at sygdom til gengæld ofte vil medføre ekstraudgifter til lægehjælp, medicin, etc. Som en anden grund til betænkelighed ved at sætte dækningsprocenten til 100 kan anføres faren for misbrug af en sådan ordning. Kompenseres der fuldt ud for den tabte arbejdsfortjeneste, kan det måske tilskynde nogle til at trække f.eks. en sygeperiode ud. En sådan tilskyndelse kan dog til dels modvirkes af en eventuel regel om, at der ikke udbetales dagpengehjælp for de første dage af en sygdomsperiode (karensdage, jfr. kap. V). De nævnte grunde, der kan tale for at sætte dækningsprocenten lavere end 100, må imidlertid også siges at gælde for funktionærer og tjenestemænd, der i hvert fald i en vis periode har en dækningsprocent på 100.” (Betænkning, 1969, s. 257)

I sidste ende overlod kommissionen det til politikerne at afgøre spørgsmålet om dækningsgrad og en evt. karensdag, og løsningen blev, at den lovpligtige sygeløn blev identisk med den sats man fik hvis man

var arbejdsløs, hvilket svarede til 90% af lønnen dog med et maksimumbeløb, der for de lavstlønnede var tilstrækkeligt, men for de bedst betalte lønarbejdere såvel som funktionærer og tjenestemænd ikke rakte. I en debat i Folketinget i forbindelse med et ændringsforslag til sygedagpengeloven fremsat af Danmarks Kommunistiske Parti kommer det frem, at en stor gruppe arbejdere kun har en de facto dækning via sygelønnen på 50%, mens landsgennemsnittet er 74% (Folketingstidende, 1973/74. 2. samling, F.3372-3). For lønarbejderne var der altså lang vej til fuld dækning i tilfælde af sygdom. Men for funktionærer såvel som tjenestemænd var der dog fuld løn for store grupper af disse; så selvom lovændringen havde mindsket forskelsbehandlingen mellem de forskellige befolkningsgrupper havde den ikke udslettet uligheden fuldkommen. Det var faktisk først i løbet af 1990'erne, at dette emne igen blev et vigtigt aspekt af overenskomstforhandlingerne. Men der er stadig grupper af erhvervsaktive som den dag i dag ikke kan regne med fuld løn, når de bliver syge¹⁶ – det gælder særligt den gruppe af lønmodtagere, hvis løn i høj grad er baseret på diverse tillæg som følge af f.eks. ubekvemme arbejdstider, mødebonus o.lign. eller de erhverv, hvor der stadig ikke er indgået overenskomster, der sikrer fuld løn, men kun sygeløn svarende til 90% af lønnen eller den maksimale dagpengesats (Sygedage koster kassen, Ugebrevet A4, nr 7. 2002).¹⁷



2. Sygekasser, solidaritet og fællesskab

Vi skal helt tilbage til den sene middelalder under Margrethe den Førstes regeringstid for at finde ansatserne til den sygekassebevægelse, som i en næsten 600 år lang æra leverede organiseret sygehjælp til (en efterhånden større og større del af) den danske befolkning. Den ældste bestemmelse om sygehjælp, vi kender til, er fra 1403 og kan findes i §4 i skråen til det Københavnske Bagersvendelaug, der lyder som følger:

”Item er det saa, at en af vore Brødre vorder syg og haver intet at fortære, da skulle Brødrene komme ham til Hjælp med 4 Skilling ud af Bøssen, og er det saaledes, at den syge de 4 Skilling haver fortæret og det bliver ikke bedre med ham, da skal man give ham en 4-Skilling ud af Bøssen, og er det saa, at han bliver tilpas igen, da skal han de foreskrevne Penge igen give af hans første fortjente Løn udi Bøssen” (opcit Hansen, 1974, s. 11)

Og det var bestemt ikke nogen tilfældighed, at det netop var omkring laugsvæsenet en sådan sygehjælp opstod. For perioden fra slutningen af 1100-tallet og frem var præget af en kraftig opblomstring af de danske byer og købstæder, hvor handel og håndværk blev vigtige kilder til rigdom og fremskridt. Denne udvikling tiltrak naturligt nok mennesker fra nær og fjern. Og den store tilstrømning såede en uro i byerne, der ikke kun skabte mange omvæltninger for de oprindelige beboere, men som i særdeleshed ændrede livsbetingelserne for de tilrejsende:

”Fælles for dem, der forlod landsbyen og valgte at slå sig ned i en by, var at de, hvad enten de rejste enkeltvis eller med kone og børn, forlod den kreds af fædre og mødrene slægtninge, som havde været indenfor rækkevidde i herredet som hjælpere...I byerne overtog gildet slægtens værefunktioner. De ældste gilder var

netop værnegilder, kunstige slægter, hvor man var gildebrødre og –søstre, som var forpligtet til at 'gilde' dvs. (gen)gælde for hinanden og i øvrigt understøtte hinanden." (Fenger, 2002, s. 257-258)

Og selvom det i første omgang ikke var hjælp i tilfælde af sygdom, som var gildernes primære opgave, ja så blev netop støtte i forbindelse med sygdom og død efterhånden mere og mere vigtig. Det skete i takt med, at de øvrige aspekter af gilderne (f.eks. dem der relaterede sig til Blodhævn) blev erstattet af andre funktioner i byerne f.eks. retsvæsenet.

Sammenligner man bagerlaugets skrå med paragraffer fra vedtægten til den første kendte danske *sygekasse*: 'Sygekassen for Arbejdere og Arbejdsgivere i Haandværk og Industri i Sorø By og Landsogn', der blev stiftet d. 3. Oktober 1841, finder vi en slående lighed:

"§2 Bidraget af hver Svend til Kassen er 4 Sk. ugentligt, som erlægges ved Ugens Udløb...§4 Den Sygehjælp, som tilstaaes af Kassen, bestemmes til 1 Rdl. Ugentlig, og erlægges til den Syge selv...§6 Ingen er forpligtet til at erstatte den erholdte Sygehjælp" (opcit Hansen, 1974, s. 29).

Selvom den konkrete måde sygehjælpen bliver givet og finansieret på altså varierer, er den grundlæggende idé bag sygehjælpen dog den samme: i princippet fremmede mennesker, som ikke står i noget familiært forhold til hinanden, indgår fællesskab med henblik på (blandt andet) at hjælpe i tilfælde af sygdom. Georges Renard synes at have givet en udmærket beskrivelse af dette forhold, når hun i sin klassiske bog om middelalderens gilder skriver: "The second ruling idea of the Guild Statutes was the pursuit of moral and social aims...Its motto so far was: Solidarity" (Renard, 2000, s. 43-44). Solidaritet medlemmerne imellem forener altså sygehjælpen på tværs af adskillige århundreder.



Men, som vi ved fra både Tönnies' og Durkheim's diskussioner af henholdsvis fællesskab og arbejdsdeling, er solidaritet ikke nogen entydig størrelse. Solidaritet kan være baseret både på *lighed* mellem medlemmerne af en gruppe, men også på deres indbyrdes *forskellighed* (Durkheim, 1984, s. 83-86). Betragter man i dette perspektiv udviklingen fra 1400-tallets laugskasser til de sygekasser, der blev dannet fra midten af 1800-tallet, kan man observere en ikke uvæsentlig forvandling af solidaritetens grundform. Gilderne opstod som erstatningsfamilier og udviklede sig til laug, hvor tilhørsforholdet til et bestemt fag var et kriterium for optagelse. Den 'kunstige slægt' i lauget var bundet sammen af en vis identitet mellem de enkelte medlemmer, blandt andet fordi de udførte de samme arbejdsopgaver i byen. Det var altså *mekanisk solidaritet* byggende på den identifikation og samhørighed medlemmerne følte med hinanden, der lå til grund for laug og gilder. Tönnies beskriver dette bånd på følgende måde i *Gemeinschaft und Gesellschaft*:

"Friendship is independent of kinship and neighbourhood, being conditioned by and resulting from similarity of work and intellectual attitude. It comes most easily into existence when crafts or callings are the same or of similar nature. Such a tie, however, must be made and maintained through easy and frequent meetings, which are most likely to take place in a town." (Tönnies, 2002, s. 43)

Selvom slægtskab og naboskab er mere grundlæggende former for Gemeinschaft, er Tönnies alligevel af den overbevisning, at venskab udgør en tredje – omend skrøbeligere – type. De bedste eksempler på venskabet finder han netop i det sammenhold, der forbinder mennesker indenfor samme håndværk til hinanden – med andre ord indenfor de håndværkerlaug, hvor den første organiserede sygehjælp opstod.

Det er en anden form, solidariteten antager i de første rigtige sygekasser. De opstår i starten af 1840'erne i Danmark, men kan i virkeligheden spores helt tilbage til midten af 1500-tallet i andre tidligere industrialiserede lande i Europa (som f.eks. Nederlandene, se Riley 1987). Her var der tale om en kasse, hvor hjælpen under sygdom eksplicit var blevet differentieret ud fra laugene, hvilket betød, at såvel de fagpolitiske som de mere sociale aspekter af laugene (f.eks. fester) var fjernet fra foreningens aktiviteter. Her i de første blandede sygekasser var der – i første omgang i hvert fald – ikke nogen umiddelbar identifikation medlemmerne imellem. Præmissen for at indgå i denne form for fællesskab var derfor en anden. Det var nemlig bytteprincippet - i den forståelse Tönnies anvender det til at beskrive sit begreb om Gesellschaft - der rådede:

”Such a negative attitude toward one another becomes the normal and always underlying relation of these powerendowed individuals, and it characterizes the Gesellschaft in the condition of the rest; nobody wants to grant and produce anything for another individual, nor will he be inclined to give ungrudgingly to another individual, if it be not in exchange for a gift or for labor equivalent that he considers at least equal to what he has given.” (Tönnies, 2002, s. 65)

Det var med andre ord ikke en følelse af samhørighed og fællesskab som sådan, der drev håndværkere og arbejdsgivere i Sorø og omegn til at slutte sig sammen i landets første sygekasse, men derimod ønsket om at sikre sig en hjælp i tilfælde af sygdom. Man betalte med andre ord et fast beløb hver uge for på et senere tidspunkt at være kvalificeret til selv at få et beløb igen, hvis uheldet skulle være ude. Det var en simpel byttehandel. Noget for noget.

Men hvis rationaliteten bag denne byttehandel er beregnende, betyder det dog ikke, at solidariteten forsvinder. Den ændrer blot karakter, og bliver i stedet baseret på gensidig afhængighed. Sygeforsikringen er jo netop et udslag af, at man kun ved indgå i fællesskaber kan minimere de risici, der er forbundet med at leve. Gennem sygeforsikringen opnår man netop nogle fordele ved at være gensidigt forpligtede af hinanden, fordi risikoen dermed spredes over mange hoveder, i stedet for at være bundet til det enkelte individ og dennes familie. På den måde kan vi måske hævde, at sygehjælpen fra den sene middelalder og frem til sygekassernes afskaffelse netop hvilede på en solidaritet, som i stigende grad ændrede karakter fra at være mekanisk til at være organisk.



Men hverken Gemeinschaft-Gesellschaft dikotomien eller den tilsvarende mellem mekanisk og organisk solidaritet er absolutte. H. C. Hansen bemærker i 'Historien om sygekasserne', at det er meget muligt, at der har været ydet sygehjælp før vi med sikkerhed kan sige, at Bagersvendene i 1403 gjorde det, ”men det tjener til kassernes ros, at de satte hjælpen ind under faste regler ud fra det praktiske synspunkt, at det var de raske, som skulle hjælpe de syge medborgere – et sygekassessystem” (Hansen, 1974, s. 9). At sygekassebevægelsens officielle historieskriver H.C.Hansen udlægger udviklingen sådan, kan ikke overraske, men en anden måde at fortolke dette forhold på ville være at hævde, at det først var i starten af 1400-tallet, at følelsen af Gemeinschaft (eller mekanisk solidaritet) blev svækket så kraftigt, at det var nødvendigt at nedfælde formelle regler om medlemmernes indbyrdes forpligtelser.

Det var dog ikke kun formaliteten af de regler, som regulerede sygehjælpen, der ændrede karakter – det gjorde mange andre aspekter af sygehjælpen også. Først og fremmest var sygekasserne resultatet af en

lang uddifferentieringsproces. I Værnegilderne, som er det tætteste, man kommer på en 'kunstig slægt', var sygehjælpen langt fra det eneste endelige det vigtigste aspekt af fællesskabets virke:

"Det kan ikke nægtes, at disse Hjelpeformer [hvad man nu vilde kalde »Syge- og Begravelsesforsikring«] i de almindelige Værnegilders Blomstringstid i den tidlige Middelalder hører til de mindre fremtrædende; ikke blot omtales de kun i enkelte Bestemmelser, men de spiller heller ikke nogen overdreven Rolle i Forhold til, hvad der var mest fremtrædende i Gilderne: nemlig det Værn, som Gildebrødrene skulde yde en Broder i Stedet for Slægtens Medlemmer og deres Bidrag til at hjælpe den Gildebroder, der kom i Vanskeligheder ved Drab eller Legemsbeskadigelse af en anden eller fik Retssager på Halsen." (Borberg, 1934, s. 314)

Man kan selvfølgelig fortolke dette fravær af bestemmelser på flere måder: enten var det virkeligt ikke noget, man anså for vigtigt nok til at blive en del af gildernes skræer, eller også var der tale om en så selvfølgelig del af hjælpen indenfor den 'kunstige slægt', at man ikke havde behov for at formalisere det nærmere. De mere omkostningsfyldte pligter (f.eks. opretholdelse af ro og sikkerhed samt blodhævn) var derimod så kontroversielle, at man her var nødsaget til at præcisere gildebrødrenes forpligtelser klart. Uanset, hvordan man forholder sig til dette, er den overordnede tendens dog klar: hvor sygehjælpen i middelalderen er forankret som en *integreret del* af gilderne og de mange forskelligartede forpligtelser og ydelser, man formidlede til hinanden derigennem, blev sygehjælpen langsomt men sikkert til en mere og mere *selvstændig del* af bestemte laug og siden hen foreningers aktivitet (for en anden udlægning af den samme pointe se Nielsen, Sygekassetidende, 1929, s. 63-71; s. 111-9).

Denne forandring er dog heller ikke lineær, idet der samtidig skete det, at Værnegilderne, som der oftest kun havde været én af i hver af købstæderne, blev mere eksklusive og efterhånden var forbeholdt byens bedst stillede borgere (Borberg, 1934, s. 313). På samme tid opstod der laug i stedet for gilderne, laug som blev mere og mere fagspecifikke, og som efterhånden også udspaltedes i selvstændige laug for henholdsvis mestre og svende. Om denne udvikling fortæller Borberg:

"Hertil kom yderligere, at Lavene – i Modsætning til Middelalderens Gilder – snart spaltedes i Mester- og Svendeforeninger, d.v.s. det var Svendene, der trængtes ud af Mestergilderne...Det fagpolitiske kom da alene til at ligge i Mesterlavene, medens Svendelavene ingen synderlig Indflydelse fik herpaa. Til Gengæld kom Svendelavene til – foruden for den faglige Selskabelighed, der ligesom i Mesterlavene fremmedes ved utallige Bøder for daarlig eller ukammeratlig Opførsel ikke mindst under Lavssammenkomsterne – i særlig Grad at interessere sig for Understøttelse af de fattige Lavsbrodre og deres Familie." (Borberg, 1937, s. 29)

På den ene side medførte uddifferentieringsprocessen således, at den mekaniske solidaritet afløstes af organisk solidaritet byens klasser imellem, men samtidig var den med til at skabe basis for en ny solidaritet baseret på en ny 'lighed' mellem medlemmerne af de fag- og klassespecifikke laug.

Et sidste aspekt, der er med til at illustrere skiftet fra Gemeinschaft til Gesellschaft, er forvandlingen af selve sygehjælpen karakter. Med sygekassernes fremkomst i midten af 1800-tallet var det almindeligt, at der udover en beskedet pengehjælp til den syge også ydedes hjælp til læge- og evt. hospitalsbesøg, samt i visse tilfælde til medicin og andre udgifter i forbindelse med helbredelsen. Blandingen af penge og naturalier i form af læge- og hospitalshjælp er endda identisk med den, vi kender i dag, hvor vi i tilfælde af sygdom er sikret sygedagpenge (pengehjælp) samt kan gå til lægen og blive indlagt på hospitalet uden at betale (direkte) for det (naturaliehjælp).

På laugskassernes tid var det dog almindeligt, at hjælpen mestendels bestod af naturalier og praktisk hjælp, og at det påhvilede de øvrige medlemmer at tilse deres syge broder:

"Saaledes siger f. Eks. Roskilde Skomagersvendens Lavsskraa fra 1450, at ligger en Broder i Sotteseng, da skal Skafterne lade tilsige 2 Brodre hver Nat, som skal vaage over den syge saa længe, som det gøres behov.

Odense Smedesvendes Lavsskraa fra 1452 gaar videre og bestemmer, at 2 Brødre skal vaage over den syge Broder hver Nat og bære til ham Øl og Mad for deres egne Penge.” (Borberg, 1937, s. 31)

Men den mest udførlige hjælp i forbindelse med sygdom var dog knyttet til døden, og man må her huske på, at når man først blev så syg, at man lå i sengen, var der ofte ikke langt til at dø som følge af dette.

”Der ydedes ganske vist ikke her [i tilfælde af dødsfald, CDH] nogen økonomisk Hjælp til selve denne, men derimod holdtes stærkt paa, at Brødrene bar eller fulgte Liget til Graven, og at de nødvendige Sjælemesser (mod Betaling til Kirken eller Præsteskabet) blev afholdt.” (Borberg, 1934, s. 317)

Så der skete også en forskydning i hjælpens karakter således, at den megen fokus på at sikre laugsmedlemmerne en værdig begravelse blev erstattet af mere fokus på rent faktisk at forsøge at helbrede sygdommen via læge- og hospitalshjælp. Ikke underligt i betragtning af, at der først efter reformationen kom rigtig gang i den medicinske undervisning på Københavns Universitet, og at det samlede antal uddannede læger i Danmark var meget lavt helt frem til 1700-tallet (Nyland, 2000, s. 69-90). Skiftet fra naturaliehjælp til pengehjælp kan også læses som en anonymisering og frisættelse af laugsmedlemmerne: man var ikke længere forpligtet direkte med sin tilstedeværelse, men kunne indfri sine forpligtelser gennem penge. Den mekaniske solidaritet svækkes.

Én af de forskelle, der falder H. C. Hansen mest for brystet er, at sygehjælpen i laugstiden mestendels blev givet som lån, som derfor skulle betales tilbage, når medlemmet blev rask igen – en forpligtelse, der oven i købet blev overført til vedkommendes familie i de tilfælde, hvor udgangen på sygdommen udgang var knapt så munter. Som vi kunne læse ovenfor i vedtægten til den første danske sygekasse, blev hjælpen her givet uden nogen forpligtelse til at betale den tilbage – med andre ord blev hjælpen givet som en forsikring. Udviklingen fra hjælp via naturalier over lån til en mere formel forsikring kan også ses som værende tæt knyttet til det mere grundlæggende skifte fra mekanisk til organisk solidaritet:

”Society is characterized by a shift, never fully completed, from mechanical to organic solidarity, from a principle of sameness to a principle of the interdependence of different parties. Thus mechanical solidarity arises from the common feeling between members in a similar situation. This commonality is overlaid by another in which organic solidarity is forged through the interdependence of different and unequal members bound by the division of labour... [O]ne [could] view social insurance as a technology of solidarity for all individuals in a society that renders accidents, illness, unemployment and other ills the result of the collective reality of the new division of labour. Social insurance thus expresses a form of organic solidarity and social legislation can be justified by this means. On the other hand, individuals receive entitlements not as individuals but as members of different collective bodies defined by profession, occupation or age. Thus social insurance also recognizes and reinforces the bonds between members of the same institutions and groups – their mechanical solidarity.” (Dean, 1999, s. 187)

Mitchell Dean’s sidste pointe, at der opstår en fornyet mekanisk solidaritet medlemmerne af sygekasserne og laugsvæsenet imellem, blev også påpeget ovenfor, hvor overgangen fra (generelle) Værnegilder til (fagspecifikke) Håndværkerlaug på den ene side netop medførte en svagere mekanisk solidaritet mellem medlemmerne af samfundet generelt, og på den anden side dog også skabte basis for en fornyet mekanisk solidaritet mellem medlemmerne af de enkelte laug og gilder.

I en dansk kontekst har Stefan Schmid dog kritiseret Mitchell Dean’s tolkning af sygeforsikringen. Den konkrete tilblivelse af forsikringen med dets udspring i sygekassebevægelsen lægger i stedet op til en fortolkning, hvor ”...de skandinaviske velfærdsstaters solidariske kraft ikke først og fremmest var resultat af organiske solidaritetsformer, men af den mekaniske solidaritet som fulgte med bevægelsernes indtog i staten.” (Schmid, 1995, s. 46) Pointen for Schmid er, at staten i Skandinavien (i modsætning til

det Frankrig som Mitchell baserer hans teoretiseren på) blev til 'folkets stat', fordi det blev de idealer og fællesskabsfølelser man kendte til fra de folkelige bevægelser, der fra midten af 1930'erne (dvs. fra Kanslergadeforliget) blev integreret i statsapparatet.

Hvordan vi end vender og drejer problemstillingen, ændrer det imidlertid ikke ved det faktum, at solidaritet i mange forskellige afskygninger altid har været en grundforudsætning for sygehjælp og dermed også for sygefraværsfænomenet.¹⁸



3. Misbrug, medborgerskab og medikalisering

Anomie

Hvis solidaritet i forskellige former er ét element, der forener sygefraværet på tværs af århundreder, så er et andet element den allestedsnærværende misbrugsproblematik. Både i de fire kommissioner, der havde til opgave at behandle sygekassespørgsmålet, såvel som i loven om anerkendte sygekasser og ikke mindst i sygekassebevægelsens blad, Sygekassetidende, var misbrugsproblematikken et tema, der jævnligt blev diskuteret og taget højde for. I en artikel fra 1915 kan man f.eks. finde følgende passage: "Vel har det været således og er endnu, at der findes skumlere her og der, der stadig fremhæver misbrugen indenfor sygekassen både af læge og dagpenge, og det er jo sandt nok, at der findes misbrug, men de er for intet at regne mod al den velsignelse og hjælp der er ydet de fattige hjem, og derfor tror jeg at de virkelige modstandere af denne sag bliver færre og færre og svinder vel snart ind til det rene intet." (Jensen, Sygekassetidende, juni 1915, s. 206)¹⁹ Misbruget var – forestillede man sig – et nødvendigt onde, som desværre ikke kunne udryddes fuldstændigt, men som dog kunne begrænses, og som på ingen måder stillede spørgsmålstejn ved den grundlæggende idé bag sygekassebevægelsen: at sikre hjælp i tilfælde af sygdom til de ubemidlede i det danske samfund.²⁰

Og selvom den optimistiske udmelding fra forfatteren på mange måder kan siges at være gået i opfyldelse, idet der i dag næppe er mange 'skumlere', som ønsker en fuldstændig afskaffelse af offentlig understøttelse i tilfælde af sygdom, ja så er problemet med misbrug i hvert fald ikke forsvundet. Følgende episode kunne man læse om i Jyske Vestkysten i foråret 2008:

"I to år simulerede en 48-årig mand fra Fredericia-egnen sig syg. Han snød læger og myndigheder ved at påstå, at han havde mistet erhvervsevnen pga smerter efter et biluheld. Det lykkedes manden at få udbetalt omkring 1,2 millioner kroner fra det offentlige og fra forsikringsselskaber, skriver JyskeVestkysten. Men forsikringsselskabet Codan fik mistanke til manden, og satte fire detektiver til at holde øje med ham. Og det viste sig, at han var temmelig frisk, og kørte med kreaturer for svigermors firma. Køreskiver fremlagt i retten viste, at han arbejdede op til ti timer dagligt. Vestre Landsret i Kolding dømte manden et års fængsel for bedrageriet." (dr.dk, 6. marts, 2008).²¹

At simulation og pjækkeri heller ikke går nutidige politikere ubemærket forbi, kan vi se af følgende passage fra en anden dansk avis fra samme periode:

”Det er i orden at snuppe en pjækkedag ved at lyve sig selv eller sit barn syg. Sådan siger 39 procent af de kommunale sagsbehandlere i en ny undersøgelse om socialt bedrageri, der er lavet af Socialforskningsinstituttet. Det bekymrer beskæftigelsesminister Claus Hjorth Frederiksen: ’Det er faretruende at læse det. Man må selvfølgelig ikke lyve sig til en sygedag. Især er det bekymrende, fordi sygefraværet i det offentlige er så højt. Jeg vil nu gøre mit for, at der sker en holdningsændring til pjækkeri,’ siger ministeren. Pjækkeri og sort arbejde, mens man får dagpenge er ifølge Claus Hjorth Frederiksen socialt bedrageri... ’Socialt bedrageri er stærkt krænkende, fordi man svindler sig til ydelser, som er beregnet til syge og svage. Derfor bør kommuner stramme grebet. Er der brug for flere redskaber, er jeg klar til lovindgreb,« siger Claus Hjorth Frederiksen, der holder en konference om socialt bedrageri i maj.” (Nyhedsavisen, 1. maj, 2008, s. 10).

Selvom der kun er tale om forholdsvis uforpligtende holdningstilkendegivelser og ikke et konkret eksempel på misbrug er reaktionen fra beskæftigelsesministeren stærk. Vi kan altså umuligt forestille os sygefraværssfænomenet uden samtidig at medtænke muligheden for, at denne ret til at modtage hjælp i tilfælde af sygdom misbruges. Sygefravær indebærer implicit muligheden for pjækkeri og simulation, fordi det kan være mere attraktivt at være i den midlertidige sygerolle for at slippe for de forpligtelser, der knytter sig til en persons almindelige sociale roller.

Men der er alligevel grund til at holde fast i udtalelsen fra Claus Hjorth Frederiksen. For hvad er det, der gør, at han opfatter pjækkeri som *’stærkt krænkende’*? Er der en sammenhæng mellem den solidaritet, der ligger til grund for sygehjælpen og følelsen af at blive krænkede i tilfælde af misbrug? Hvis vi fastholder forestillingen om, at sygehjælpen – i hvert fald fra Kanslergadeforliget og frem – er en universel rettighed, som tildeles alle borgere i det danske samfund – rig som fattig – rask såvel som kronisk syg – så giver det mening i denne sammenhæng at minde om den engelske sociolog T.H. Marshall’s analyse af medborgerskabet, som han definerer på følgende måde:

“Citizenship is a status bestowed on those who are full members of a community. All who possess the status are equal with respect to the rights and duties with which the status is endowed. There is no universal principle that determines what those rights and duties shall be, but societies in which citizenship is a developing institution create an image of an ideal citizenship against which achievement can be measured and towards which aspiration can be directed.” (Marshall, 1992, s. 18)

At være en medborger betyder således, at man i kraft af sin blotte eksistens har ret til f.eks. sygehjælp, men også at man har en række pligter. ‘Oversætter’ vi Marshall’s pointe til Durkheim’ske termer får vi at vide, at disse rettigheder og pligter hviler på et ‘billede af et ideelt medborgerskab’ – på en form for ‘kollektiv bevidsthed’ og derigennem et fælles værdi- og normgrundlag som det forventes, at man som medlem af samfundet respekterer og efterlever (Durkheim, 2000). For at have ‘moralsk’ ret til sygehjælp skal man samtidig leve op til de pligter, der er forbundet med såvel medborgerskabet som sygerollen. Oplevelsen af, at nogen har svigtet deres pligter, men alligevel gjort brug af deres rettigheder, at nogen har forbrudt sig mod den ‘kollektive bevidsthed’, er det, der gør, at pjækkeriet erfares som *’stærkt krænkende’*.

Men at bruge en rettighed, der er tiltænkt andre, udgør ikke i sig selv en handling, der nødvendigvis krænker den kollektive bevidsthed. Implicit bag denne krænkelse må der også gemme sig en pligt, simulanten har ‘forsømt’ at leve op til. Hos Marshall kan vi læse videre om forholdet mellem pligter og rettigheder. Her fremhæver han især, at de rettigheder, der følger af at være medborger, er blevet præciseret i meget stor grad, uden at det er blevet fulgt af en tilsvarende præcisering af en medborgers pligter:

“My third question referred to the changing balance between rights and duties. Rights have been multiplied, and they are precise. The duty whose discharge is most obviously and immediately necessary for the fulfillment of the right is the duty to pay taxes and insurance contributions. Since these are compulsory, no act of will is involved, and no keen sentiment of loyalty. Education and military service are also compulsory. *The other duties are vague, and are included in the general obligation to live the life of a good citizen, giving such service as one can to promote the welfare of the community. But the community is so large that the obligation appears remote and unreal. Of paramount importance is the duty to work, but the effect of one man's labour on the well-being of the whole society is so infinitely small that it is hard for him to believe that he can do much harm by withholding or curtailing it.*” (Marshall, 1992, s. 45-6, min kursivering)

Selvom 'pligten til at arbejde' er ganske 'vag', og den enkelte medborgers bidrag til samfundets samlede arbejde 'uendeligt lille', er det alligevel denne pligt, der bedst forklarer den tidligere beskæftigelsesministers foragelse. For når man uberettiget træder ind i sygerollen ved at simulere sygdom, betyder det samtidig, at man ikke lever op til én af de forventninger, der er knyttet til rollen som 'den gode medborger', nemlig 'pligten til at arbejde'.²²

Marshall peger altså – selvom han ikke benytter sig af den durkheimske terminologi direkte – på *anomie* som én grundlæggende forklaring på, at folk – ved at simulere sygdom – forsømmer at gøre deres pligt som medborgere. Hos Durkheim refererer begrebet som bekendt til en tilstand, i hvilken samfundets normer og reguleringen af individens adfærd er så løs, at der opstår afvigende adfærd eller i hvert fald adfærd, som står i modsætning til 'samfundets interesse'. Hos Durkheim er det klassiske eksempel det anomiske selvmord, der netop er det ultimative udtryk for normløshed og for individets mangel på mere faste rammer, som definerer, hvad der bør gøres i en given situation (Durkheim, 1951). Selvom man i tilfældet med simulation ikke kan tale om en generel tendens i samfundet, så er det alligevel udtryk for, at netop de normer, der er knyttet til det at arbejde, ikke er reguleret stærkt nok.²³

For hvad med den 48-årige mand fra Fredericia, som gennem 2 år snød sig til sygedagpenge samtidig med, at han arbejdede hårdt i sin svigermors firma som lastbilchauffør? Her var det jo ikke evnerne og lysten til at opfylde 'pligten til at arbejde', der manglede. For det viste sig faktisk, at manden arbejdede endog meget intensivt. Vi har desværre ikke adgang til at høre mandens egen forklaring på dette forløb, men et interessant studie fra England kaster lys over forskellige begrundelser for at have indladt sig på socialt bedrageri af den pågældende type (Dean & Melrose, 1996). De fleste, der blev interviewet til den engelske undersøgelse, havde et ønske om at slippe ud af bedrageriet og være uafhængig af støtten fra det offentlige, helst ved at få et almindeligt lønnet arbejde. Men mange af 'misbrugerne' havde ifølge Dean & Melrose en 'fattig forståelse af medborgerskab', der mestendels blev defineret ud fra de *rettigheder*, man havde, og ikke på baggrund af den gensidige *forpligtelse* individ og samfund imellem. Det var særligt oplevelsen af ikke at kunne leve op til de idealer ('livsstil', 'beskæftigelse' og 'uddannelse'), det moderne samfund er baseret på, der udgjorde et problem for 'misbrugerne'. Og netop diskrepansen mellem de faktiske muligheder for at opnå de samfundsmæssige idealer, der hersker, er ifølge Merton forudsætningen for, at *anomie* bliver udbredt. Særligt hyppigt er det i de situationer, hvor der ikke er adgang til 'differentierede statussymboler' på tværs af klasserne, men hvor samfundets idealer udlægges som værende ønskværdige og tilgængelige for *alle* samfundets borgere (Merton, 1938). Når statussymbolerne rent faktisk ikke er tilgængelige for alle med legale midler, betyder det, at de enten må opgive dem eller ty til illegitime metoder for at opnå dem, som f.eks. ved at snyde sig syg samtidig med, at man arbejder sort ved siden af for på den måde at opnå rigdom.

Arbejdsmoral

Marshall fremhæver dog andetsteds, at det ikke altid har været en pligt at arbejde. Under feudalismen var det f.eks. helt almindeligt, at aristokratiet ikke arbejdede, men alene nød frugterne af den rigdom de var i besiddelse af. Ja, faktisk blev selve det at arbejde opfattet som noget, der helst skulle undgås. Og samtidig var der ifølge Marshall intet til hinder for, at de fattige, som ikke generede andre mennesker, kunne få lov til at være i fred (Marshall, 1992, s. 46) Om denne påstand er korrekt, vil der nok herske nogen uenighed om, da det jo f.eks. var en kongstanke hos Weber, at kapitalismen kun blev mulig, fordi der på samme tid blev skabt en protestantisk (arbejds)etik, som gjorde det dennesidige arbejde til en dyd og et kald (Weber, 1930). I overgangen mellem det feudale samfund og kapitalismen blev det efterhånden uglest at forbruge på den måde aristokraterne gjorde det eller i det hele taget leve et liv som ubeskæftiget (for en beskrivelse af denne udvikling se Elias, 1983, s. 35-40); det var i hvert fald ikke de idealer, det borgerlige samfund hvilede på, og det var jo netop i forlængelse af det borgerlige samfund, at sygefravær som en rettighed opstod. Men det var ikke kun adelen, som stod for skud; også dem, der ifølge Marshall, ville leve et liv som fattig ubeskæftiget var jaget vildt. Tiggeri havde i middelalderen været en udbredt måde at forsørge sig selv på, men blev efterhånden bandlyst. Det forklarer nogle forskere med statsmagts stigende opmærksomhed på sin befolknings egenskaber og deres potentielle evne til at fungere som arbejdskraft, der kunne skabe værdi. At tillade tiggeri ville derfor være det samme som at smide god arbejdskraft på mødingen, og det var ingen længere interesseret i (for en beskrivelse af denne udvikling se Knudsen, 1980, s. 78-9) Man var altså ikke længere ligeglad med om de ubeskæftigede huttede sig gennem tilværelsen, som de havde gjort gennem århundreder via almisser fra kirken eller andre betænksomme medborgere. At være fattig var i mange tilfælde ensbetydende med et liv forvist til fattiggården, hvor man f.eks. kunne blive 'udskrevet' til tvangsarbejde, (og at være syg var i realiteten det samme som at være fattig på dette tidspunkt).²⁴ Hos disse mennesker var der en mangel på 'arbejdsmoral', som var en torn i øjet på det nye borgerlige samfunds elite, og som man på mange snedige måder forsøgte at vænne dem af med. Indstillingen til lønarbejdet skulle transformeres gennem brugen af mange forskellige disciplinerings teknikker.

At misbrug af sygefravær gennem simulation af sygdom i mange tilfælde også kunne være udslag af 'dårlig arbejdsmoral', kan man også finde historiske eksempler på. I hans grundige gennemgang af sygehjælpen i laugstiden i Danmark fortæller L.P. Borberg følgende historie om det københavnske Bagerlav, som i år 1700 fik tilladelse til at indrette en sygestue i Store Fiolstræde:

"Senere overflyttedes Sygestuen fra Svendeherberget til Lavshuset; men Ordningen gav Anledning til uheldige forhold. Bortset fra, at Fnat- og Kønssygdomme var almindelige Sygdomme hos Svendene, indberettede Oldemanden 1780 til Magistraten, at Svendene brugte Sygestuen som Forsamlingsstue for, under Foregivende af at ville vaage over de syge, at samles til Kortspil og Drik. Udgifterne opførte 'Oldgesellerne' (Svendeformændene) og Krofaderen ganske frejdigt paa Sygekassens Regning – og dette havde i mange Aar været Tilfældet...Oldemanden krævede derfor de syge Svende indlagt paa Hospital, hvor de ogsaa snart kom sig. Skønt det kostede 5 Mark om Dagen, vilde det alligevel blive billigere for Kassen; men Svendene misbrugte for øvrigt ogsaa denne Ordning, idet de krævede at komme paa Hospital blot fordi de havde Hovedpine (!). Kassen fik derfor alligevel Underskud." (Borberg, 1937, s. 35-6).

Og selv ikke, da næringsfriheden et par hundrede år senere havde afløst laugene, og markedskræfterne dermed var givet næsten komplet frit spil, var 'arbejdsmoralen' blevet forbilledlig. I tidsskriftet *Arbejdervennen* kunne man læse følgende (der her er reproduceret fra et nummer af Sygekassetidende fra 1960): "Men erfaring viser også, at månederne januar, februar og marts, når intet andet er at bestille, eller daglønnen findes for lille og årstiden for kold, give visse folk lejlighed til ved kakkelovnen at

spekulere i foreningens pengekiste. Et lille sår på læben, en ligtorn, en blegn på fingeren, lidt værk i skulderen, lutter ting der ikke kan forhindre noget menneske fra at arbejde anmeldes som sygdomme. 'Kassen har penge nok', hedder det, 'går det godt, så går det godt'." (Henriksen, Sygekassetidende, april 1960, s. 102). Når folk simulerer sygdom kan det altså i nogle tilfælde være, fordi de gerne vil slippe for 'pligten til at arbejde'; fordi disciplineringen til lønarbejde er 'slået fejl', eller i hvert fald ikke har været 'grundig' nok.

Men der opstår næppe en decideret subkultur, hvor det er 'retten til dovenskab', sådan som den franske socialist Paul Lafargue argumenterede for det i slutningen af 1800-tallet, 'misbrugerne' kæmper for ved at begå socialt bedrageri (se Knudsen, 1980, s.155-160). Det er i hvert fald den konklusion, Dean & Melrose når frem til på baggrund af deres engelske studie. Her har 'misbrugerne' nemlig sjældent reflekteret nærmere over 'retfærdiggørelsen' af deres 'misbrug', og det taler for, at det primært er normløshed, der er problemet. Men når f.eks. værftsarbejderne på Lindøværftet aftalte indbyrdes, hvor hårdt de måtte arbejde, kan det muligvis tolkes denne vej:

"Vi arbejdede på akkord, og gik vi til den, så kunne vi spare nogle timer op og hygge os om eftermiddagen. Vi skulle svejse 12-15 meter for at tjene daglønnen, men vi ku' svejse 18, så der var tid til at gå rundt og besøge øldepoterne fredag eftermiddag. De fandtes rundt omkring på Værftet. Det var makkere, der havde øl låst ned i deres store værktøjskasser, og vi var nogen, der kunne lide én - somme tider én for mange. Så gemte vi os resten af dagen. Somme tider tog vi bajerne med med i tanken, og der kunne være fest i flere dage, hvis vi havde haft en god akkord. Hvis vi passede vores arbejde, blandede formændene sig som regel ikke, men en dag mente formanden alligevel, at det gik for vidt, så han skrev en lille hvid seddel, bandt den på en snor og hejsede den ned i tanken. 'Skal I ikke snart i gang med at arbejde?', stod der. Vi greb sedlen og skrev tilbage på den: 'Vi går i gang med at arbejde i morgen kl. 9, for da har vi ikke flere øl.'" (Rasmussen, Eriksen, Ejlersen & Rye, 2002, s. 61-2)

På samme måde som arbejdsindsatsen aftales kollektivt mellem medarbejderne, er der også eksempler på, at niveauet af sygefravær aftales indbyrdes uden nogen nødvendig relation til sygelighed. I de tilfælde er det forskelle i 'arbejdsmoralen', der forårsager 'misbrug' af sygefraværet.

Civil ulydighed

Det er dog også muligt at finde andre, mere 'offensive' forklaringer på motiverne til misbrug af sygehjælp. I Honneths behandling af spørgsmålet om (moraliske) 'kampe for anerkendelse' findes en genfortolkning af Hegels anerkendelsesfigur fra hans tidlige Jena-periode, der kan tjene som inspirationskilde til en helt tredje fortolkning af det sociale bedrageri. For i virkeligheden er socialt bedrageri en form for kriminalitet, som ikke alene er forbudt, men som også vækker stærke følelser.²⁵ Den fortolkning af socialt bedrageri forudsætter, at den, der udøver misbruget, er fuldt bevidst om sin handling og implikationerne af denne, og at vedkommende gennem bedrageriet forsøger at 'gøre skade på' den ordening vedkommende misbruger, fordi man selv føler sig 'skadet', uretfærdigt behandlet eller nedværdiget. I en sådan situation med manglende anerkendelse af vigtige aspekter af en persons identitet vil reaktionen i visse tilfælde være modstand og et ønske om at 'svare igen' ved at gøre gengæld (Honneth, 1995, s. 31-63). Når denne fortolkning bruges til at forklare 'socialt bedrageri', er det i stedet følelsen af, at de rettigheder og pligter, der er forbundet med ens medborgerskab, er af en sådan (abstrakt) karakter, at de ikke svarer til den virkelighed, man lever i. Der opstår altså en diskrepans mellem de forventninger, der stilles i udsigt qua rettighederne, og den faktiske hjælp, der kan gives. Det var måske den følelse, der fik sygekassemedlemmerne, som blev omtalt i *Arbejdervennen*, til at rejse krav om sygehjælp for ligtorne. Den 'belønning', der fulgte med et hårdt og slidsomt arbejde kunne ikke leve

op til de faktiske omkostninger, de var nødt til at skaffe sig midler til. Om det forholder sig sådan ved vi desværre ikke, fordi historien alt for sjældent levner plads til den lille mands fortælling om sin hverdag, og lidt for ofte fokuserer på de store mænd, som måske nok gjorde en lidt større forskel end andre, men som til gengæld ikke altid havde føling med det, der rørte sig blandt 'helt almindelige mennesker'. (F.eks. sprang de første sygekasser ofte ud af diverse filantropiske selskaber, og var på den måde præget af en helt særlig ideologi, som måske nok i visse tilfælde også modsvarede, hvordan medlemmerne følte, men som i mange andre tilfælde slet ikke stod i forbindelse til det eller endda havde som eksplicit mål at slette ud netop den ideologi, den mangel på karakter og (borgerlig) moral, man fandt i arbejderklassen tilbage i midten af det 19. århundrede (for en uddybning af denne pointe se Christensen, Sygekassetidende, 1942, s. 341-2).

Vi har dog senere beretninger fra f.eks. medarbejdere på Lindøværftet, der fortæller, hvordan oplevelsen af uretfærdighed kunne føre til, at man tog uberettiget fravær:

"På et tidspunkt arbejdede vi på en sektion til forskibet til den første nybygning. Det var et rigtigt møgvej med sne og slud. Mange var sendt hjem på vejrlig, men det gjaldt ikke os. Vi skulle blive for at lave arbejdet færdigt. Og for at det kunne lade sig gøre, havde formændene travlt med at hænge presseninger op, så vi kunne være i tørvej. Det passede os ikke, at vi skulle blive tilbage, så vi lod som om, vi ikke kunne finde formændene, og gik over til Staun og spurgte, om han ville skrive en vejrligsseddel til os. Staun fattede ikke mistanke, mange andre var jo sendt på vejrlig, så selvfølgelig skrev han en seddel, mens formændene knoklede videre med presenningerne. Vi strøg straks over i omklædningsrummet, men pludselig opdagede formændene, at vi var væk, og de kom over for at se, hvor vi blev af. Vi kunne høre, de kom, så vi smed os ned under skabene, og bagefter smuttede vi hjem. Det førte selvfølgelig til en ordentlig skideballe næste dag, og penge fik vi ikke, men hvad..." (Rasmussen, Eriksen, Ejlersen & Rye, 2002, s. 115)

Selvom der i eksemplet her ikke er tale om fravær som følge af påstået sygdom men pga. vejrlig, er det generelle mønster det samme: de pågældende værftsarbejdere syntes, det var uretfærdigt, at deres kollegaer får vejrlig, mens de selv skal fortsætte med at arbejde i sne og slud. Da eksemplet er fra 1960'erne var fravær pga. sygdom ikke på samme måde en mulighed, som det ville være i dag, men at sygefravær også ville kunne (mis)bruges på denne måde, er der ingen tvivl om.²⁶

Hvis vi igen vender os mod Dean & Melroses studie af engelske 'misbrugere', kan vi også her se, at følelsen af at være blevet behandlet uretfærdigt er én af de ting, der går igen blandt mange af deltagerne, når de skal legitimere deres handlinger. I dette engelske studie var det både oplevelsen af, at den hjælp, der blev tilbudt fra det offentlige side, slet ikke stod mål med de udgifter, der var forbundet med at leve et værdigt liv, såvel som følelsen af at være blevet behandlet uretfærdigt, fordi selve tilkendelsen af en social ydelse havde været en langsom og måske decideret ubehagelig proces (Dean & Melrose, 1996, s. 12). Spørgsmålet melder sig selvfølgelig, om man i andre velfærdsregimer vil finde andre motiver til socialt bedrageri. I modsætning til den angelsaksiske velfærdsmodel, der er baseret på 'means-tested' velfærdsydelse, er der mange, der vil hævde, at den skandinaviske velfærdsmodel er mere generøs, hvorfor netop begrundelser, der har sine rødder i *økonomiske* problemer skulle være mindre udbredte, hvad enten det handler om hjælp i tilfælde af arbejdsløshed eller sygdom (for en diskussion af konsekvenserne af forskellige velfærdsregimer for individernes adfærd på markedet se Esping-Andersen, 1990, kapitel 6-8). Selvom der angiveligt kan være en vis sandhed i det, rokker det ikke ved det principielle: at 'misbrug' af sygehjælp og –dagpenge *kan* tænkes som et *bevidst forsøg på civilulydighed*, som respons på den krænkelse, man føler er blevet påført én. Der er i hvert fald intet som umuliggør, at ikke-økonomiske rationaler også kan udgøre en sådan krænkelse.^{27 28}



Men diskussionen om *misbrug* i Sygekassetidende begrænser sig ikke til de helt klare situationer, hvor medlemmer af sygekasserne bevidst forsøger at bedrage sig til en ydelse, de reelt ikke har krav på ved at *simulere* sygdom. Faktisk er det muligt at skelne mellem mindst *få* forskellige typer af misbrug, som i større eller mindre grad bliver behandlet i tidsskriftet eller i lovgivningen og betænkningerne om sygekasserne.²⁹ Udover simulation omtales også *hypokondri*, *overbehandling* (noget der i visse sammenhænge bliver betegnet som '*luksuslægehjælp*'), og sidst men ikke mindst *de umoralske sygdomme*. Lad os se lidt nærmere på de tre andre typer af misbrug ved at tage udgangspunkt i et citat fra en unavngiven dansk læge, der i slutningen af 1930'erne skrev en artikel i *Ugeskrift for Læger*, som efterfølgende blev genoptrykt i *Sygekassetidende*. Her er det spørgsmålet: "Hvad er luksuslægehjælp?", der behandles:

"Ja, det er vanskeligt at definere; thi grænsen mellem nødvendig lægehjælp og det, man kan kalde rimelig brug af lægehjælp, og endelig luksusbrug af læge er flydende. Det illustreres lettest gennem nogle eksempler. Når en mand i gamle dage fik en influenza (dengang hed det 'koldfeber' eller generalforkølelse), gik han i seng med en kop kamillete eller en romtoddy og svedte sygdommen ud på et par dage. Nu tilkalder han læge (hvis han da er i sygekasse) for at få konstateret, at han ikke har lungebetændelse, og for at få lidt medicin for hosten og et pulver for feberen, og det er der vel ikke noget at sige til. Ganske vist er lægehjælpen ikke nødvendig for liv og helbred; men patienten bliver beroliget ved at få at vide, at han ikke er farligt syg, og han får sin hoste og hovedpine lindret af medicinen, og det er rimeligt, at en del af hans sygekassekontingent går til at betale derfor." (Sygekassetidende, 1938, s. 158)³⁰

Men er det at få lidt hostesaft og en Panodil (eller det, der er endnu stærkere), for at lindre ubehaget ved en så almindelig lidelse som influenza virkelig at betegne som misbrug? Den navnløse doktor giver ikke noget enkelt svar på dette spørgsmål, men skriver senere i artiklen:

"Som det vil ses af det foregående, har jeg i denne artikel overalt betegnet luksusforbrug af læge som misbrug. Adskillige vil mene, at det er med urette. Man hører således ikke sjældent fra lægeside hævdet, at når en læge overholde overenskomsten i §14 om tilkaldelse ved lægebesøg, og ikke ved svindel eller humbug overtræde lægeloven, kan der overhovedet ikke blive tale om misbrug fra hans side, uanset hvor meget lægehjælp han yder. Og på den anden side hævder mange sygekassemedlemmer, at når de betaler deres kontingent, har de dermed ret til al den lægehjælp, de ønsker, og til alle de ydelser, de kan få lægen til at ordinere... Begge parter har – formelt set – for så vidt ret, som der hverken i sygekassernes vedtægter eller i lægeoverenskomstens direkte står noget om, at sygekassen kun betaler for nødvendig lægehjælp. Men de overser, at dette utvivlsomt har været forudsætningen for hele sygekasselovgivningen og for lægeoverenskomsten, og ligeledes, at sygekassens udgifter betales ikke af sygekassemedlemmerne alene. Samfundet bidrager med en ikke ringe del, ja, til sygehusudgifterne betaler samfundet langt den største del. Spørgsmål om luksusforbrug af sygekassens ydelser kan derfor aldrig blive en sag, som kun angår sygekasser og læger. Det er et samfundsspørgsmål." (Sygekassetidende, 1938, 157)

At staten giver tilskud til sygekasserne betyder dermed også, at den får en legitim ret til at blande sig i, hvilke ydelser sygekasserne tilbyder og accepterer, og dermed en interesse i at forhindre 'luksusbrug', ligesom der i det hele taget opstår en mere specifik interesse i befolkningens sygelighed.³¹ Selvom grænsen mellem den nødvendige lægehjælp og de to øvrige typer, der skitseres ovenfor i overvejende grad bliver til et anliggende internt for lægevidenskaben, er spørgsmålet dog også af kraftig interesse for samfundet. Det betyder, at også de normer og forventninger, som hhv. borgere og politikere i et samfund abonnerer på, er med til at afgrænse, hvornår en given helbredstilstand fordrer lægehjælp, og i

hvor stort et omfang det så bør være. Helt analogt forholder det sig, hvis man i stedet for lægehjælp taler om sygefravær. Forestillinger om, hvad der er rimelig brug af fravær på grund af sygdom, spiller en betydelige rolle i forståelsen af sygefraværsfænomenet. Og når det ikke længere kun er staten, der er med til at finansiere sygefraværet – men faktisk i de første 3 uger alene er virksomhederne, der må bære omkostningerne - betyder det også, at endnu en interessant dukker op og giver sin mening tilkende i spørgsmålet om den 'korrekte' skelnen mellem nødvendig, rimelig og luksusbrug af sygefravær.



Men hvis der op gennem det 20. århundrede opstod problemer med et overforbrug af sygehjælpen, var det i midten af 1800-tallet en udfordring overhovedet at få folk til at søge lægehjælp. Når man havde influenza, ja eller selv når man havde deciderede alvorlige sygdomme, var det ikke sædvanen at tilkalde lægehjælp før i sidste øjeblik. Følgende observation kan man læse i den danske læge Jes Rossens memoirer fra tiden omkring århundredeskiftet, hvor han var læge for sygekassen på Bjerringbro-egnen:

”Læge var Befolkningen ikke meget vant til at bruge, i de første Aar var det smaat med Konsultationer – undtagen Tandudtrækninger – og det var 1 Kr. For dem – Turene var nok saa godt betalte, 2 Kr. indtil ¼ Mil (3 km.), Fødsel 10 Kroner. – Blev en Aftægtsmand eller Aftægtskone syg, og man skønnede, at det gik mod Døden, hentede man Doktoren, og mange Gange sagde da Manden, der kørte for mig: ’Ja Dowtor, der er et nøj aa gjør, men vi töt et, te han sku dø aa se sjel’. – Den Slags Patienter var egentlig ikke interessante at have.” (Rossen, 1940, s. 33).

Fra den praktiserende læges perspektiv var det naturligvis irriterende først at blive tilkaldt i det øjeblik det var for sent, fordi det ikke levnede nogle muligheder for at kurere patienterne, men måske kun at lindre smerten i deres sidste stunder. Men det var måske ikke så mærkeligt, at den almindelige land- og bybefolkning var noget tøvende med at tilkalde lægehjælp. Ikke alene var det en dyr fornøjelse, som en stor del af dem ikke havde råd til uden at sætte resten af familiens liv og levned på spil, (eller deres ære og borgerlige rettigheder, hvis man forfaldt til at tage imod hjælp fra sognerådet, da det havde status som 'fattighjælp'). Derudover havde lægehjælpen i hvert fald frem til 1800-tallet ikke haft meget at byde på, hvis man ser på den rent *kurative* del af medicinen. En anden passage fra Rossen's erindringer bevidner om det:

”Saa var der et Par andre Forhold, der ofte afholdt Patienterne fra at søge Læge. Det var Angsten for, at denne skulde finde paa at forlange, at Patienten skulde indlægges paa Sygehuset. En Mand, som jeg gerne vilde have indlagt paa Sygehuset, sagde til mig: ’Nej, hellere i Arrest end der ind.’ – Saa var der en Ting til: Angsten for at komme under Kniven, for der var jo i de senere Aar kommet en Del unge Læger frem, som holdt af at bruge Kniven. ’Det havde de gamle Læger ikke gjort, og det havde da været lige saa dygtige som dem nu.’ – Dø skulde vi jo alle, men lade sig pine og flænge i i den Tid, vi var her i Verden, var der ingen Mening i.” (Rossen, 1940, s. 35).

Så det krævede altså en vis indsats ikke alene fra Sygekasserne, men også fra de praktiserende læger overhovedet at få befolkningen til at benytte sig af den (nødvendige) lægehjælp. Sygekasserne bidrog her med en stor indsats ved at gøre det muligt for de ubemidlede at søge lægehjælp, uden at det fik 'fattighjælpsvirkninger'.³² Men også udviklingen af lægevidenskaben og den stigning i tillid til professionen, som fulgte af, at der kom flere læger rundt omkring i landet, spillede en rolle; at

befolkningen på den måde fik erfaring med deres måde at virke på, bidrog også til dette (for en nærmere diskussion se Nyland, 2000, s. 200-201).³³

Men senere blev det altså for meget af det gode. Nu ville søgningen til lægerne ingen ende tage og megen af hjælpen var overflødig. Den var ren og skær 'luksus': ('hvad der er ganske unødvendigt for en beskeden ell. normal levevis' (ODS)). Hvad værre var: På nogle punkter var den måske decideret skadelig for samfundets ve og vel. Det var i hvert fald den påstand, den tyske læge Liek fremlagde i en artikel, som først blev trykt i *Skatteborgeren*, og dernæst genoptrykt til stor opstandelse i *Sygekassetidende*:

"Sygeforsikringen undergraver Mandsfølelsen (Mandigheden, Mandhaftigheden), befordrer til legemlig og åndelig veghed og karaktersvagthed, leder til 'sygdomsdyrkelse'. Kraftige unge mænd opsøger deres sygekasselæger for de ubetydeligste hudskrammer, for den mindste snue etc. *ikke for at blive raske, men for at blive sygemeldte*. Erfarne læger beregner at mindst to tredjedele af sygekasselægernes arbejde er overflødigt. Den alt for lette adgang til lægehjælp skaber og underholder tilbøjeligheder til nervøse tilfælde samt det værste af alt, simulation... Det er ikke nok med at sygeforsikring kan føre til legemlig ømskindethed, den skaber også svækkelse af moralsk art. Dr. Liek udtaler herom: 'Alt flere befolkningsklasser lyksaliggøres nu med sygekasser (f.eks. tjenestemænd og middelstanden). Følgen? Småskader eller tilfælde som før ikke skænkedes den mindste tanke, foranlediger nu hyppige lægebesøg – man er jo nu 'forsikret', man har tid og *kassen betaler!* Og hvor findes i vore dage den læge som tør afvise sådanne unødigt syge? Tidligere stille og lykkelige mennesker ledes ind på vejen til neurastheni og hypokondri og hvad værre er til bedragerisk udnyttelse af apokryfiske småtilfælde til økonomisk fordel, stundom endog endnu værre ting." (Sygekassetidende, 1928, s. 160)

Ifølge Liek medfører den øgede mulighed for sygehjælp altså i værste tilfælde, at tærsklen for, hvornår et symptom bliver af en sådan grad, at man skal søge hjælp for det, sænket. Sygeforsikringen fører til 'ømskindethed', 'karaktersvagthed', 'sygdomsdyrkelse' eller med andre ord til *hypokondri*. For der sker ikke alene det, at befolkningen får et strategisk incitament til at være mere opmærksomme på deres symptomer, da de på den måde kan undgå at skulle arbejde, (hvilket tenderer den form for simulation og misbrug, som blev omtalt ovenfor). Derudover sker der det – mere beklagelige – at den øgede brug af lægehjælp og opmærksomhed på symptomer, i sig selv skaber sygdom f.eks. nervøsitet over at være syg.

Den tyske læge foregriber her en mængde betragtninger, som nogle årtier senere skulle blive rejst for et større publikum og med en langt højere gennemslagskraft af den østrigsk-amerikanske filosof Ivan Illich i bogen *Grænser for lægevidenskaben*. Bogens pointe er, at den udvidelse af sygehjælpen, der er sket over de sidste 150 år, og som har ført til et radikalt monopol på medicin for autoriserede læger, i sig selv er med til at producere sygdom, det han med et fint ord kalder: *social iatrogenese*:

"The malignant spread of medicine has comparable results: it turns mutual care and self-medication into misdemeanors or felonies. Just as clinical iatrogenesis becomes medically incurable when it reaches a critical intensity and then can be reversed only by a decline of the enterprise, so can social iatrogenesis be reversed only by political action that retrenches professional dominance. A radical monopoly feeds on itself. Iatrogenic medicine reinforces a morbid society in which social control of the population by the medical system turns into a principal economic activity. It serves to legitimize social arrangements into which many people do not fit. It labels the handicapped as unfit and breeds ever new categories of patients. People who are angered, sickened, and impaired by their industrial labour and leisure can escape only into a life under medical supervision and are thereby seduced or disqualified from political struggle for a healthier world." (Illich, 1976, s. 50-1).

Pointen hos Illich er, at professionaliseringen og den stigende monopolisering af alt, hvad der drejer sig om sygdom, er problematisk af flere grunde: 1) Det fratager det enkelte menneske og deres nærmeste

ansvar og mulighed for at behandle sygdommen selv. 2) Det skaber økonomiske incitamenter hos såvel læger, medicinalindustri såvel som hos patienter til at blive syge og medikalisere stadig flere aspekter af livet. 3) Det afpolitiserer urimelige vilkår f.eks. på arbejdspladsen ved at gøre skader efter dårligt arbejdsmiljø eller –ulykker til rent medicinske spørgsmål i stedet for emner, der inducerer til politisk handling. Men særligt den første pointe er vigtig, fordi den i et lidt længere perspektiv fører til en erodering af menneskenes moralske karakter, hvorved de bliver ude af stand til at acceptere uundgåelige menneskelige vilkår som f.eks. smerter, funktionshæmmelser og i sidste ende døden. Illich er ligefrem af den opfattelse, at smerte og lidelse er med til at definere mennesket som et væsen, der er forskelligt fra dyr, at smerte på den måde er af værdi både for samfund og for individ:

”Medical civilization tends to turn pain into a technical matter and thereby deprives suffering of its inherent personal meaning. People unlearn the acceptance of suffering as an inevitable part of their conscious coping with reality and learn to interpret every ache as an indicator of their need for padding or pampering. Traditional cultures confront pain, impairment, and death by interpreting them as challenges soliciting a response from the individual under stress; medical civilization turns them into demands made by individuals on the economy, into problems that can be managed or *produced* out of existence... Culture makes pain tolerable by integrating it into a meaningful setting; cosmopolitan civilization detaches pain from any subjective or inter-subjective context in order to annihilate it. Culture makes pain tolerable by interpreting its necessity; only pain perceived as curable is intolerable.” (Illich, 1976, s. 140-1).

Selvom Illich formulerer kritikken på en anden måde, er den dog i sin essens den samme som Dr. Liek's: for megen (luksus)lægehjælp skaber sølle mennesker, der ikke er i stand til at tage vare på de omstændigheder, som er en naturlig del af menneskers liv, som f.eks. smerte, sygdom og død. På grund af medikaliseringen af stadig flere menneskelige vilkår opstår, der – hvad nogle ville kalde - et 'misbrug' af lægehjælpen og af sygefraværet, som til stadighed tematiseres gennem dets historie, ligesom det bliver gjort i dag.³⁴ Særligt kritisabelt bliver der måske set på netop den del af medikaliseringen, som opstår på grund af de *økonomiske* incitamenter, som f.eks. læger og medicinalindustri har til at underkaste flere og flere symptomer deres regime (Illich, 1976, s. 70-85).³⁵ Men som det også påpeges andre steder, udspringer den 'claim-making', der i sidste ende er med til at medikalisere en given afvigelse, i høj grad fra ikke-lægelige aktører som f.eks. patientforeninger, fagforeninger o. lign (for en uddybning af denne pointe se Conrad & Schneider 1992, s. 267-9). Sygefravær kan altså også misbruges, når mennesker bruger muligheden for midlertidigt at træde ud af arbejdsrollen til at håndtere situationer, smerter mm., som tidligere blev klaret uden sådant midlertidigt fravær. Men hvornår der rent faktisk er tale om nødvendig, rimelig eller luksusbrug af muligheden for at tage fravær, er konstant til forhandling mellem de parter, der har interesse i sygefraværet. Og det peger således på, at praktiseringen af sygefravær i høj grad må være reflektiv, fordi den i princippet skal kunne argumentere for rimeligheden af det valg af fravær frem for nærvær, der er truffet i den pågældende situation.³⁶



Den sidste type af misbrug, der skal omtales i dette kapitel, handler om de sygdomme, der uden den mindste blusel betragtes som 'umoralske', fordi den syge helt eller delvist opfattes som ansvarlig for dem. De klassiske 'umoralske' sygdomme hænger sammen med skader opstået i forbindelse med slåskamp eller fuldskab samt veneriske sygdomme af den ene eller anden art. Disse tre typer af

sygdomme eller skader har der gennem hele sygekassebevægelsens eksistens været taget forbehold for, ligesom de også var undtaget fra den støtte, man kunne få i langt de fleste laug. Det var først med ændringen af sygedagpengelovgivningen i 1989, at man formelt gik helt bort fra, at såkaldt selvforvoldt sygdomme ikke kvalificerede til sygedagpenge overhovedet. I bemærkningerne til loven stod der dog, at man ikke havde til hensigt at forårsage ændringer af praksis, hvorfor vi må antage, at selvom kommunen havde haft muligheden for helt at tage sygedagpengene fra en person, der selvforskyldt var kommet til skade, så var det ikke sædvane at gøre sådan (Folketingstidende, 1989-90, Tillæg a, s. 1013). Så sent som i 1959 kunne man i Sygeforsikringskommissionen af 1954's betænkning læse følgende refleksion over temaet: "Selv om selvforvoldt sygdom kun yderst sjældent forekommer, mener udvalget, at det må erkendes, at det ville være uheldigt, om der, hvis sådanne tilfælde virkelig skulle indtræde, savnedes hjemmel til at forhindre vedkommende i at nyde frugterne af sin handling." (Betænkning, 1959, s. 199). At den syge selv var ansvarlig for den skade eller sygdom, vedkommende havde pådraget sig, var altså en så stor torn i øjnene på kommissionens medlemmer, at man – nærmest af rent symbolske grunde – bestemte sig for at anbefale, at den offentligt finansierede sygeforsikring burde indeholde en bestemmelse, der gjorde det muligt at lade den syge mærke (de økonomiske) konsekvenser af det, vedkommende havde gjort. Devisen syntes at være, at man havde diskvalificeret sig til samfundets barmhjertighed, man måtte 'høste som man havde sået', og ikke have ret til at nyde frugterne af andres påpasselighed og omhyggelighed, når man selv havde handlet uforsvarligt og umoralsk.

Nu er det efterhånden længe siden, at bestemmelsen om selvforvoldt sygdom har været diskuteret i regi af en kommission, og det ville være en kende uretfærdigt at sammenligne ordlyden i betænkningen med den, der findes i loven af idag direkte, fordi der er tale om to forskellige typer af dokumenter med hver deres specielle jargon eller diskurs. Men man kommer ikke uden om, at der i passagen fra 1959 er klare *moraliserende* undertoner, der bruges som argumentation for at retfærdiggøre, at selvforvoldt sygdom ikke bør kvalificere til sygedagpenge. At det ikke er nogen selvfølge at skrive om fænomenet på denne måde, kan man konstatere ved, at behandlingen af disse sygdomme dog stadigvæk var omfattet af lægehjælpen. Det hang – i hvert fald for de veneriske sygdommes vedkommende – selvfølgelig sammen med risikoen for, at en ubehandlet sygdom af den karakter kunne brede sig som en epidemi og ramme flere, hvis den syge ikke blev behandlet. I dette tilfælde var det altså vigtigere at følge samfundets interesse i at undgå epidemier end at lave 'symbolpolitik', selvom man selvfølgelig også skal være helt med på, at 'symbolpolitik' i nogle tilfælde kan være i samfundets interesse. Det er f.eks. tilfældet, når den bruges til at markere det anstødelige ved afvigende handlinger, hvilket fører til en styrkelse af solidariteten i samfundet og en fornyelse af den kollektive bevidsthed (Durkheim, 2000, s. 100-9).

At man var 'nødt' til – og til dels stadig er – at se på disse sygdomme på denne moraliserende måde hænger sammen med den sociale definition af sygdom og den dertilhørende sygerolle. Indbygget i sygerollen ligger den forestilling, at den syge ikke selv er ansvarlig for sin tilstand, og at den 'afvigerrolle', han søger, i bund og grund ikke er ønskværdig. Den norske sociolog Vilhelm Aubert har uddybet netop dette aspekt af sygerollen:

"Forbrytelse og sykdom representerer på mange vis to motpoler... En forbryter er en som har forsøkt å oppnå et verdsatt mål... Den forandringen som finner sted i et menneskes situasjon når han bliver forbryter, er vanligvis forårsaket av en motivert handling, av et valg.... Når en blir syk, undergår man en forandring til noe verre. Dessuten forutsettes det gjerne at en blir syk på tross av forsøk på å oppnå et mål, på tross av forsøk på å holde seg frisk... Om et gitt avvik blir definert som forbrytelse eller sykdom, er da sterkt knyttet til

den situasjon som avviket finner sted i, inkludert sosiale egenskaper ved avvikerer så vel som ved kontrolløren. Enhver situasjon hvor et individ kan vinne ved å trekke seg tilbake og unndra seg forpliktelser, gjør en påstand om å være syk mistenkelig. Avtjening av verneplikt er nettopp en slik situasjon hvor det å trekke seg tilbake kan oppfattes som en verdi for rekruttene. Dette er så utbredt at ethvert krav om å bli betraktet som syk i det militære a priori virker litt mistenkelig. Fravær fra skolen, fra fabrikken osv., kort sagt enhver situasjon hvor en vanligvis kan forutsette at individet som krever adgang til sykerollen, kan ønske å trekke seg tilbake, gjør at kravet blir møtt med mistanke.” (Aubert, 1972, s. 133-4)

Essensen i citatet er således, at det netop handler om *motivet* til at ville være avvigende, dvs. i vores tilfælde at være fraværende fra arbejdet pga. sygdom. Hvis motivet til fravær er for stærkt, vil det i mange tilfælde så mistillid til den syge og gøre ham til en ’forbryder’. Distinktionen mellem sygdom og forbrydelse er i mange tilfælde mudret, og her vil det i sidste ende blive omgivelsernes f.eks. arbejdsgivers eller kollegaers vurdering af det tilsyneladende motiv, der gør forskellen (for en empirisk undersøgelse af denne pointe, der dog ikke er formuleret vha disse teoretiske termer se Bellaby, 1999, s. 93-113).³⁷ De Parsonske rødder til Auberts distinktion trækkes helt tydeligt frem i en passage fra Conrad & Schneiders bog om medikalisering af afvigelse, hvor de netop henviser til Aubert:

”As Talcott Parsons pointed out in his classic writings on the ’sick role’, both crime and illness are designations for deviant behaviour. Parsons conceptualized illness as deviance primarily because of its threat to the stability of a social system through its impact on role performance. Although both crime and illness are violations of norms (social and medical) and can be disruptive onto social life, the attributions of cause are different. Deviance considered *willfull* tends to be defined as crime; when it is seen as *unwillfull* it tends to be defined as illness.” (Conrad & Schneider, 1992, s. 32)

Når selvforvoldt sygdom derfor ikke kvalificerer til sygedagpenge, hænger det måske sammen med, at man ikke kan afvise, at den syge i dette tilfælde *bevidst* har forsøgt at skade sig selv med det formål at træde ind i sygerollen. Denne type ’avanceret’ simulation er formentlig ikke særlig udbredt, som det også bemærkes i betænkningen, men der er i hvert fald med forslaget taget højde for den – ligesom der er det i dag, hvor selvforskyldt sygdom diskvalificerer den syge til at modtage sygedagpenge fra sin arbejdsgiver og derfor kun er berettiget til dagpenge fra kommunen (og altså ikke sygeløn fra arbejdsgiveren i de tilfælde, hvor vedkommende er omfattet af en overenskomst, der sikrer det) (LBK nr 1047 af 28/10/2004, §8, stk. 4).³⁸

Men at nogen sygdomme er umoralske indebærer også, at alle andre sygdomme i hvert fald i princippet betragtes som værende moralsk neutrale; og netop den forestilling er heller ikke universel:

”In many simple, so-called primitive societies, illness is merely one of the many forms of misfortune that call for explanation in terms of someone’s moral culpability... The biblical link between sin and disease and the doctrine that all events on earth were determined by the will of God had shaped the medieval church’s teachings on medical matters.” (Thomas, 1997, s. 16)³⁹

Selvom det netop var i middelalderen med kristendommens udbredelse, at det først blev udbredt at yde hjælp i tilfælde af sygdom, var det alligevel ikke noget, der med selvfølghed fordrede hjælp, da sygdomme meget ofte blev opfattet som den syges egen fortjeneste pga. vedkommendes (mis)gerninger gennem livet. Den gryende lægevidenskab, hvis hovedidéer havde eksisteret siden oldtiden stod på den måde side om side med de forestillinger om synd og sygdom, man kunne læse om i Biblen (og særligt Det Gamle Testamente). Det var først med overgangen til det moderne samfund og lægevidenskabens skift fra det humoral-patologiske til det biomedicinske paradigme, at man kunne rive sig løs fra de stærke forestillinger om sammenhængen mellem moral og sygdom. Den amerikanske historiker Allan Brandt beskriver processen på følgende måde:

"For any understanding of the relationship of culture and science, the problem of causation is critically important because it reflects directly on the fundamental moral issue of responsibility for disease. Despite the anomalies implicit in the germ theory and the reductionist qualities of the 'biomedical model', the bacteriologic revolution had the effect of 'depersonalizing' disease. Under the microscope, diseases could no longer possess the same 'moral valence' that they had maintained in the past. In the increasingly secularized and rational world of medicine and science, microorganisms came to be viewed – almost unilaterally – as the cause of disease. This offered the possibility of disconnecting disease from its historical associations with sin, moral turpitude, and idleness... Disease was no longer seen as *necessarily* reflecting the personal attributes of the sick individual. The biomedical model – in this particular iteration – had the effect of depersonalizing and secularizing disease. In this sense we might call the process the 'de-moralization' of disease." (Brandt, 1997, s. 56-7)

Den 'afmoralisering' af sygdommene, der finder sted med skiftet til det biomedicinske paradigme, kan på mange måder ses som en forudsætning for det moderne sygefravær. Hvis der i tiden inden havde hersket en forestilling om, at disse mennesker var blevet syge pga. deres moralske status, var det måske nemmere at acceptere, at de i yderste konsekvens kunne havne i fattighuset. Når de blev syge måtte det jo – i hvert fald til en vis grad – være deres egen skyld; noget de måtte tage ansvar for og bære byrderne ved selv. Opfattet på en anden måde: sygdommen var en test fra Gud, som måtte udstås, og som skulle bevise, at netop denne person var værdig til et liv i det hinsides. Det er vel også dette perspektiv, der indirekte strukturerer Illich's kritik af medikaliseringen, fordi den fjerner den prøvelse, sygdommen udgjorde for den syges 'karakter'.

Denne forestilling blev gradvist sværere og sværere at opretholde. Hvis sygdom ikke længere skyldtes synd og umoralske handlinger, men i langt højere grad var et produkt af individets omgivelser og eksistensen af mikroorganismer, der ramte mere eller mindre tilfældigt, var det uretfærdigt, at samfundet ikke hjalp de familier, som blev ramt af sygdom. Særligt uretfærdigt var det for de 'værdigt trængende' familier, som havde levet et liv uden 'udskejelser':

"Efterhånden som fattigvæsenets klientel i stigende grad kom til at bestå af veldisciplinerede arbejdere, der kun som følge af sygdom, arbejdsløshed eller ulykke kom ind under offentligt forsorg, blev det mere og mere klart, at det strengt repressive og vanærende fattigvæsen ikke længere tjente sit formål. Tværtimod virkede det demoraliserende og nedbrydende på selvrespekten, og sammenblandingen af gode, arbejdsvillige personer med vagabonder og drukkenbolte udgjorde en fare for, at de første skulle blive 'smittede' af de sidste. I sin bog 'Om fattigdommen i København' fra 1868 er præsten V. Munck inde på vigtigheden af en adskillelse. Han skrev: 'Vi opnår aldrig at hæve vore fattige, så længe vi henviser både de værdige og de uværdige, både dem, som har forskyldt al nøden og elendigheden selv, og dem, som næsten ingen del har heri, til det samme officielle fattigvæsen for dér at blive skåret over én kam'." (Knudsen, 1980, s. 96-7)

Sammenblandingen af forbrydere og syge, af de værdigt trængende og de uværdige, var blevet et problem, og man så derfor tiltag til, at staten på forskellig vis fra midten af 1800-tallet indførte et skel i den offentlige forsorg mellem de to grupper.

Så sent som i slutningen af 1950'erne opererede man stadig med et sådant skel mellem værdigt og uværdigt trængende. Det kan man se af endnu en passage fra Sygeforsikringskommissionen af 1954's betænkning: "Hvis et ubemidlet, nydende medlem [af sygekassen, CDH] eller et bidragydende medlem ikke kan betale sit kontingent, fordi han er i økonomisk trang, og denne trang skyldes sygdom, betydeligt nedsat arbejdsevne, arbejdsløshed, militærindkaldelse eller store forsørgerbyrder, kan han af sin opholdskommune få hjælp til betaling af kontingentet. *Det er dog en betingelse, at pågældende ikke i de sidste 5 år har ført et levned, der i det almindelige omdømme vækker forargelse.*" (Sygeforsikringskommissionen, 1959, s. 35, min kursivering) Det var altså en forudsætning for at modtage kontingenthjælp til

sygekassen, at man havde levet et moralsk forsvarligt liv, som ikke havde vakt opsigt i lokalsamfundet. I princippet betød det, at de, der ikke kunne betale kontingentet og ikke blev fundet værdige til at få hjælp til det fra kommunen, i sidste ende også kunne miste retten til folkepension, da de med lovændringen i 1933 blev koblet sammen således, at det var en forudsætning for at modtage folkepension, at man havde været medlem af en sygekasse. Her var altså en reminiscens af, at nogle måder at leve livet på var for umoralske og af en sådan karakter, at det ikke var værdigt for en borger i samfundet; at man derfor skulle vide, at man lagde samfundet til last, og at man *selv* var ansvarlig for det.

Det var måske også derfor, man indirekte anvendte moralske argumenter til at angribe idéen om at lægge sygehjælpen ind under det kommunale system i forbindelse med sygeforsikringsreformen i 1970. En sådan sammenlægning ville på sin vis svare til en tilbagevenden til den sammenblanding af moralsk forskellige kategorier af borgerne, man havde haft før sygekassernes opståen:

”I en moderne velfærdsstat som vor må det vel dog være muligt at samles om først og fremmest at lovgive således, at *social nød* undgås, altså således, at den kendsgerning, at vi alle kan blive syge og bliver det, ikke hurtigt skal kunne medføre, at vi bliver ’sociale tilfælde’. Vi kan derfor slet ikke være bekendt at køre videre i de århundred gamle sociale baner, for vi er *alle* økonomisk uhyre sårbare – helt anderledes end i vore forældres tid, da der ikke var så meget, der kunne væltes og mistes på grund af sygdom, - og kamillethe var jo billigt. Men vi kan da heller ikke alle uden videre godtage de nye tanker om et alt favnende socialhus... Det er mig helt umuligt at forestille mig et socialt hus, der... sammenblander alt... og hvor man ved hvilken som helst skranke kan få klaret et hvert tænkeligt stort eller lille problem... Jeg er samtidig af den opfattelse, at det nye samfundsorgans *førnæmste* opgave må være at forebygge sygdom, og dernæst som foran nævnt, når sygdom alligevel rammer, da at sørge for, at dette ikke bliver årsag til økonomisk nedgang og social nød. *Det er mig altså imod, at sygdom straks kan gøre os til sociale tilfælde.* Mon ikke de fleste ved nærmere eftertanke vil have samme tankegang?” (Jacobsen, Sygekassetidende, februar 1970, s. 48-9).

Anken gik på, at man gjorde sygdom til et ’socialt tilfælde’, fordi de skulle behandles i et enstrenget system, hvor der ikke skelnedes eksplicit mellem begrundelsen for, at man måtte søge hjælp hos kommunen. Her var det altså den ældgamle forståelse af kommunen som værende lig med fattighjælp og al den ydmygelse og skam, der var forbundet med at komme ind under den, som indirekte kiggede frem. At sygekassehjælpen ikke var så stigmatiserende som hjælp fra kommunen, kan man også se tydeligt af følgende beretning taget fra Sygekassetidende i starten af 1960’erne:

”Jeg husker et tilfælde, hvor jeg engang ekspederede begravelseshjælp til et ældre kvindeligt medlem, hvis mand pludselig var død. Manden var sætteskipper, han ejede et lille firma, og der var økonomisk ikke ret meget at råbe hurra for. Dette fortalte enken os, medens vi ordnede udbetalingen af begravelseshjælpen, - og hun spurgte, hvor hun i sin anspændte økonomiske situation kunne søge om en håndsrekning. Hun ville meget nødtigt gå på socialkontoret. Vi fandt ud af, at et sømandslegat kunne søges. Vi formidlede en henvendelse til legatet, og pågældende blev hjulpet.” (Poulsen, Sygekassetidende, 1963, s. 238)

At bede om hjælp ved kommunen var for skipperkonen, såvel som for mange andre mennesker, en ydmygende situation man for alt i verden ville undgå. Om det så betød, at man skulle bruge tid og kræfter på at finde private legater at søge, var det trods alt bedre. Og det var ikke nogen tilfældighed eller udtryk for ømfindtlighed, at man nødtigt ville tage imod hjælp fra kommunen. I hvert fald gjorde kommunerne i de tidlige dage sit til, at indbyggerne benyttede sig af denne hjælp mindst mulig. Dette skete både ved at holde de sociale ydelser på et absolut minimum, der gjorde dem lidet attraktive, ligesom man gang på gang understregede det moralsk forkastelige ved at modtage en sådan støtte. For mange af dem, der måtte søge hjælp hos kommunen, fik det også den konsekvens, at de tabte deres

borgerlige rettigheder, og på den måde blev gjort til en slags anden rangs borgere (for en beskrivelse af dette se Christensen, Sygekassetidende, 1942, s. 212-3).

Selvom udbredelsen af et syn, der ligefrem finder det ydmygende at modtage hjælp fra det offentlige, ikke længere er særlig stor, er der alligevel visse moralske konnotationer forbundet med at modtage sådanne offentlige ydelser. Det får også betydning for det korterevarende sygefravær, fordi sygefraværets moralske valør også må bæres in mente, når man praktiserer det.⁴⁰



4. Barmhjertighed, nådeløshed og den 'borgerlige kulde'

Der findes desværre ingen kilder, der beskriver sygeforsorgen i Danmark i tiden før kristningen af landet. Det har foranlediget mange til at tro, at det måske er beskrivelserne i de islandske sagaer, som giver det mest præcise billede af de forhold, som herskede på det tidspunkt.⁴¹ I den følgende passage fra Egil Skallagrimssons saga finder vi en lang beskrivelse af Egil som gammel og svagelig, der indirekte også kaster lys over, hvordan man på den tid forholdt sig til sygdom, og uarbejdsdygtighed pga. sygdom:

"Egil blev meget affældig i sin alderdom; syn og hørelse slog ham fejl, og han var heller ikke sikker på sine fødder. En dag gik han ude i gården på Mosfjæl, snublede og faldt. Nogle kvinder, der så det, gav sig til at le, og sagde: 'Nu er det ude med dig, Egil, siden du ikke kan gå ene'. 'Mindre spottede kvinder os', sagde Grim Bonde, 'da vi var unge', men Egil kvad: Stolprende som en staldkrik, stavrer jeg døv og sløv nu, skrammer min skaldede isses skind og laller af alder. Egil tabte endelig helt sit syn. En dag om vinteren, da vejret var koldt, gik han hen til ilden for at varme sig. Kokkepigen ytrede da, at det var underligt, at slig en mand, som Egil havde været, skulle ligge sådan for fødderne af dem, at de ikke kunne komme til at forrette deres gerning. 'Godt ord igen', sagde Egil, 'lad du kun varme mig, og lad os se at forliges om pladsen'. 'Stå op', sagde hun, 'og gå hen til din egen plads, og lad os gøre vort arbejde!'. Egil rejste sig, gik hen til sin plads og kvad: Frem på fod ved ilden, famler jeg blind mig, kvinde! Blev dig til men den blinde bede jeg må, du det tåler. Og mig har en herlig hersker huldriq skænket guld. Han med behag har fordom hørt, hvad jeg fremføre. En anden gang gik Egil også hen at varme sig, da spurgte en mand ham, om han frøs om fødderne og varede ham ad, at han ikke skulle strække dem for nær hen mod ilden. 'Ja', svarede Egil, 'men det er mig ikke let at styre mine ben, da jeg ikke kan se; ynkeligt er det, at miste sit syn!' Og da kvad han: Får det aldrig ende? Jeg ældgamle mand ligger ene her uden høvdingehjælp. Mine fødder er kolde at føle på – trænger begge to til varme...Om høsten efter faldt han hen i den sygdom, som blev hans bane." (Islandske Sagaer, 1998, s. 163-166)

Der er flere ting, som springer i øjnene ved ovenstående beskrivelse af Egils alderdom. Og selvom alderdom ikke er synonymt med sygdom, siger det alligevel noget om den måde, man forholdt sig til syge og andre svagelige på dette tidspunkt. I stedet for hjælp, barmhjertighed og medlidenhed mødes Egil af latter, hån og irritation. Egil er ikke alene en skygge af sig selv, en hån mod den (?maskuline?) helt han var, da han var ung. Han er ligeledes en byrde og belastning, fordi han forsinker andres arbejdsopgaver pga. sin helbredsmæssige tilstand. At det næppe har været et enkeltstående tilfælde, kan vi se i Borbergs opsummerende artikeltrilogi om sygeforsorgens historie:

”Iøvrigt maa man ikke tænke sig, at de gamle Nordboer har haft synderlig meget til overs for de syge og svage, selv om de paagældende hørte til Ælten. Det var i Hedenold nærmest en Skam at dø ’Straadøden’ paa Sottesengen fremfor at falde paa Valen. Kun derved kom Manden i Valhal; denne dyrkelse af Mandens Kraft og Mod som det værdifuldeste her i Livet maatte staa fjernt fra Tanken om Omsorg for de syge og svage.” (Borberg, 1934, s. 310)

Det er således korrekt – som Alexandersson & Norlund (2004a) hævder det i deres review af sygefraværslitteraturen – at stort set alle samfund forholder sig til dets befolknings uarbejdsdygtighed. Men det sker ikke altid med barmhjertighed og hjælpeforanstaltninger og med det formål at hjælpe den syge til at blive rask. I andre tilfælde – måske den mest udbredte gennem hele menneskehedens mange tusinde år lange historie – skete det også gennem udstødelse af den syge.⁴² Sygdom og invaliditet var for vikingetidens samfund klare svaghedstegn, som grundlæggende stod i modsætning til de idealer, man kan formode, rådede her. Derfor var den naturlige respons på svaghed ikke barmhjertighed men snarere nådeløshed. Her spiller forskellige religiøse forestillinger altså en stor rolle. Og hvor senmiddelalderens urbaniseringsprocesser var én motor for fremkomsten af det, der senere skulle udvikle sig til sygekasser, var kristendommen og den religiøse idé om næstekærlighed en anden. Her kan vi igen trække på et citat fra Borbergs sygeforsorgshistorie, der netop fremhæver vigtigheden af kristendommens principper om næstekærlighed for opkomsten af sygeforsorg:

”Men også senere, da Kristendommen fra det 4. århundrede havde sejret, satte den kristelige Barmhjertighedstanke dybe spor i Middelalderens katolske kirke. Man må ikke tro, at de store kirkegoder dengang alene benyttedes til underhold for biskoper, præster, munke og nonner; men trods mange store misbrug benyttedes de også til sociale opgaver, som ellers lå det middelalderlige samfund – bortset fra gilder og laug i byerne – ganske fjernt.” (Borberg, 1933, s. 113-114)

De ideologiske forandringer, der fulgte i kølvandet på kristningen af Danmark, udgør med andre ord én grundlæggende forudsætning for sygefraværets mulighed. Men man skal dog holde sig for øje, at den klare differentiering af forskellige typer af personer med behov for hjælp, som findes i dagens Danmark langt fra var så veludviklet, hvis vi ser tilbage på middelalderen eller endog den tidligste kapitalistiske periode i Danmark. Hvor man med sygekassernes opståen i slutningen af 1800-tallet opererer med flere forskellige kategorier af personer, der har brug for hjælp (f.eks. gamle, fattige og syge), og i perioden herefter ser en stadig større differentiering af disse, opererede man i middelalderen fortrinsvist med én kategori: de fattige (Villadsen, 2004, s. 139-40). Omsorgen for denne gruppe var i høj grad den katolske kirkes ’opgave’, hvilket gjorde reformationen problematisk, idet de store rigdomme, kirken var i besiddelse af, blev overtaget af staten, uden at den satte en fattighjælp i stedet for den af kirken organiserede (Nielsen, Sygekassetidende, 1928, s. 117; Knudsen, 1980, s. 81). Man blev således mere afhængig af velgørenhed og testamentariske gaver fra privatpersoner i tiden efter reformationen; hjælp der både blev formidlet direkte gennem kirken, men i stigende grad også blev kanaliseret ind i den offentlige fattighjælp eller blev givet ’direkte’ til de fattige via diverse filantropiske foreninger (for en kort beskrivelse af dette se Krogh, 1994).

Det var også filantropiske (’menneskekærlige’) tanker, der ansporede de første danske sygekasser, som så lyset i perioden fra ca. 1840 til 1892, hvor den første lov om statsstøttede anerkendte sygekasser blev vedtaget i Folketinget. Disse foreninger opstod under devisen ’hjælp-til-selvhjælp’; et slogan, der skulle vise sig at være særdeles levedygtigt, og som der stadig blev gjort referencer til selv efter 1933, hvor alle danskere blev pligtige til at være medlem af en sygekasse, (og hvor det element af frivillighed, der er en indirekte forudsætning for tanken, dermed faldt bort). I Danmark placerer disse foreninger sig mellem

de socialistiske (og næsten komplet sekulære) foreninger på den ene side, og de mere direkte kristne-konservative foreninger, som advokerer for en tilbagevenden til en situation, hvor al fattighjælp pågår gennem foreninger kontrolleret og domineret af kirken. Men uanset om der er tale om de kristne-konservative (*'Den, der er i saadan Nød, at han ikke kan opholde sig selv, maa ydmyge sig til at søge den, ikke som en lovlig Ret, men som en Gave af den barmhjertige Kjærlighed'* (Krogh-Tonning opcit i Villadsen, 2004, s. 121), socialisterne (*'I [præsterne, CDH] skulle hjælpe den sociale Lære, som netop grunder sig paa den Bog [Biblen, CDH], I lærer efter, men som I ikke handler efter... Men at give de Fattige Sten (en Stenkirke) naar de beder om Brød, er dog vel ikke hr. Pastors Mening?'* (Ledere fra Socialisten opcit in Villadsen, 2004, s. 121-2) eller de pragmatiske filantropister (*'Den personlige Medfølelse sker fyldest. Den, der kun får sin Ret, behøver ikke at sige Tak, men den, der i Skjulthed modtager, hvad Medlidenheden under ham af et godt Hjerte, vil være taknemmelig, og Taknemmeligheden vil sige sig i Gjærning...'* (Nielsen opcit i Villadsen, 2004, s. 129) var det den religiøse idé om næstekærlighed og barmhjertighed, som udgjorde det grundlæggende princip, der bestemte, at der skulle tildeles hjælp til de fattige og syge. Væk var altså hånen, spotten og nådeløsheden; erstattet af en forestilling om, at medlidenhed burde strukturere forholdet til dem, der af forskellige grunde ikke havde mulighed for at forsørge sig selv.



”Det er utroligt vigtigt, at der ikke går arbejdskraft til spille. Tiden er en utrolig vigtig faktor for en langtidssygemeldt, hvis vedkommende vil blive i arbejde. Vi vil ansætte en konsulent, der sammen med kommunens sagsbehandlere, kan forklare de små- og mellemstore virksomheder og de praktiserende læger muligheden for delvise raskmeldinger og støttemuligheder,...Og der er ingen grund til, at kræft eller en anden alvorlig sygdom skulle holde en langtidssygemeldt tilbage fra arbejdspladsen. : 'Nogle kræftsyrge har ofte lange perioder mellem kemobehandlingerne, hvor de sagtens kunne arbejde nogle timer om ugen.’”
(Frederikssund Avis, 12. oktober 2007, s.4)

Sådan udtaler Kim Rockhill, der er lokalpolitiker i Frederikssund. Her er der ingen tvivl om, at kommunen tager både kampen for at skaffe arbejdskraft og kampen mod, at folk som følge af sygdom bliver udstødt af arbejdsmarkedet, meget alvorligt. Umiddelbart lyder det jo tilforfældeligt, ja ligefrem 'omsorgsfuldt', at kommunen har øje for disse mennesker, der går igennem en svær tid, og som derfor har brug for al den støtte, de kan få.

Men kommunen ansætter dog ikke alene en konsulent for at sikre sig, at de langtidssygemeldtes rettigheder bliver overholdt. Der er såmænd også tale om, at opfølgningen er en simpel pligt for de sygemeldte; et tilbud, man så at sige ikke kan afslå, i hvert fald ikke uden, at det får konsekvenser – oftest i form af, at kommunen smækker kassen i, og den sygemeldte så må forsørge sig selv. Grundlaget for Frederikssund Kommunes praksis kan findes i sygedagpengelovgivningen:

”Kommunen skal som led i at arbejdsfastholde sygemeldte fremme gradvis tilbagevenden til arbejdspladsen og understøtte, at den sygemeldte har kontakt med arbejdspladsen under sygeforløbet. Stk. 2. Kommunen skal i alle sager med gradvis tilbagevenden sikre, at den sygemeldte genoptager arbejdet i fuldt omfang så hurtigt som muligt. Stk. 3. Som udgangspunkt besluttet gradvis tilbagevenden i enighed mellem kommunen, virksomheden og den sygemeldte. Kommunen skal dog træffe afgørelse om nedsatte sygedagpenge ved delvis uarbejdsdygtighed, selv om der ikke kan opnås enighed, hvis det vurderes, at der burde være mulighed for en gradvis tilbagevenden.” (VEJ nr 9300 af 25/06/2008, min kursivering).

Regler og paragraffer skal overholdes, også selvom det ikke nødvendigvis er det, den sygemeldte ønsker. En sådan situation var Liza Jørgensen ude for, da hun for et par år tilbage fik konstateret brystkræft, og måtte igennem et langt forløb med operation, kemoterapi og strålebehandling. Følgende passage kunne man læse i Kræftens Bekæmpelses medlemsblad, *tætpåkræft*:

”Sig mig engang, er du overhovedet interesseret i at komme tilbage på arbejde? Sådan lød kommentaren, da Liza Jørgensen forsøgte at forklare kommunens sagsbehandler, at hun ikke var parat til at begynde at arbejde endnu. Da tætpåkræft møder Liza Jørgensen midt i september er håret ved at vokse ud igen, og hun skal samme uge starte på fem ugers strålebehandling. På det tidspunkt har hun allerede været i telefonisk kontakt med en sagsbehandler fra Hillerød Kommune flere gange. Sagsbehandleren kan ikke forstå, at Liza Jørgensen ikke kan arbejde samtidig med, at hun går i kemobehandling. Det er der andre patienter, der kan, og hun har været sygemeldt længe, mener sagsbehandleren. ’Alle og enhver ved, at kemobehandling ikke er en skovtur, og så ringer hun og anklager mig. Bagefter sad jeg alligevel med dårlig samvittighed og tænkte, hvad bilder jeg mig egentlig ind og måske skulle jeg. Men jeg har ikke selv bedt om det her. Det kommer meget bag på mig, at de har så lidt forståelse... For hende er jeg en udgift. Ikke et menneske. Hun virker slet ikke interesseret i mig, min sygdom, min situation og det, at jeg har et barn. Det spørger hun mig ikke om,’ siger Liza Jørgensen. En uge efter Liza Jørgensen er færdig med kemobehandlingen er sagsbehandleren atter i røret. Hun opfordrer Liza Jørgensen til at begynde med at arbejde samtidig med, at hun får stråleterapi. Men Liza Jørgensen føler sig langt fra rask og hendes egen læge har frarådet hende at begynde at arbejde, mens hun er i strålebehandling. Det kan sagsbehandleren ikke forstå, og Liza Jørgensen er ikke i tvivl om, at hun ringer dagen efter, strålebehandlingen er overstået. ’Det føles enormt stressende. Det er som om hun sidder og ånder mig i nakken. Hvorfor kan hun ikke bare lade mig være syg?’” (tætpåkræft, December 2004, s. 6)

Men det kan sagsbehandleren ikke bare gøre, fordi hun ifølge loven er forpligtet til at sikre sig, at den sygemeldte ’genoptager arbejdet i fuldt omfang så hurtigt som muligt’. Der er ganske vist ikke noget til hinder for, at man i situationer, hvor der er tvivl om, hvorvidt en person mister sin arbejdsevne fuldt ud kan træffe andre foranstaltninger end de rent arbejdsmarkedspolitiske. ”De syge skal have lov til at være syge”, som den daværende Beskæftigelsesminister vist nok formulerede det i et interview.

Om det nu også forholder sig sådan, at folk får lov til at være syge, kan man måske tvivle på, hvis man læser Liza Jørgensens historie eller en anden historie fra Helsingør kommune, der er omtalt i Frederiksborg Amts Avis:

”Efter jeg havde fået konstateret brystkræft, skulle jeg i kemobehandling og stråles, udover operationerne, så i den periode skulle jeg ansøge om sygedagpenge’, fortæller Beate Preskou, der har en virksomhed, der laver grafisk design. ’Jeg prøvede at ringe til kommunen og blev stillet op til afdelingen, der behandler sygedagpengene, men der var ingen, der tog telefonen. I to døgn!’, fortæller Beate Preskou. Til sidst var hun nærmest grædefærdig, og bad om hjælp hos receptionisten, hvorefter hun endelig fik kontakt til sagsbehandlerne. Hermed var problemerne dog ikke ovre, for fire dage efter hun havde været inde og blive opereret, blev Beate Preskou ringet op af sin sagsbehandler, der kunne fortælle, at nogle skemaer var udfyldt forkert. Hun måtte komme over og underskrive dem. ’På det tidspunkt sad jeg med to drop fyldt med blod ud af kroppen. Det var fire dage siden, jeg var blevet opereret, men alligevel aftalte vi, at jeg skulle være der i løbet af 20 minutter’, siger Beate Preskou, der dog fik sig en overraskelse, da hun kom op til kommunekontoret. ’Jeg havde skyndt mig og var der til tiden, men sagsbehandleren var gået. Derefter fik jeg lov at vente i 35 minutter, med drop hængende, før jeg kunne komme til’, fortæller hun og påpeger, at det værste dog var da hun skulle gå. ’Allerede der blev jeg spurgt, hvornår jeg regnede med at vende tilbage til arbejde, og da jeg fortalte, at jeg lige var blevet opereret og skulle til at begynde i kemobehandling, sagde hun, at mange folk skam arbejdede, mens de var i behandling. Det var en underlig fornemmelse’, siger Beate Preskou, der følte sig mistænkeliggjort, på trods af hun jo havde en dødelig sygdom at kæmpe med. ’Det offentlige system skal være bedre til at møde folk hvor de er, og sætte sig ind i det helvede, det er at være syg’, mener Beate Preskou, der påpeger at der mangler noget empati. (Frederiksborg Amts Avis, 8. marts 2008, s. 6)

Men kan man beskyldte kommunens sagsbehandlere for at mangle empati, når de blot passer deres arbejde, gør som de får besked på og varetager deres rolle som systemets vogtere? En nobel rolle – skal man huske på – som sikrer, at dine og mine penge ikke bliver misbrugt af folk med en flosset 'arbejdsmoral', der i ly af sygedagpengelovgivningen ligger hjemme på sofaen og feder den i stedet for at gøre deres pligt som samfundsborgere. I denne sammenhæng er det mindre interessant, hvordan den enkelte sagsbehandler forholder sig til disse ting ("*Det skyldes ikke ond vilje hos sagsbehandlerne, men presset fra oven gør, at det lidt for ofte bliver hensynet til kommunens økonomi, der kommer til at styre forløbet.*") (tætpåkræft, s. 4-5) og mere relevant at beskæftige sig med de mulighedsbetingelser, der ligger til grund for, at vedkommende kan handle, som hun gør



Hvis sygdom i den tidlige middelalder, før kristendommens ankomst til Danmark, blev mødt med lige dele spot, hån og grusomhed, og denne indstilling i mange tilfælde blev erstattet af én baseret på barmhjertighed og medlidenhed, som følge af det kristne kærlighedsbud, hvordan skal man så forstå den manglende empati, som både Beate Preskou og Liza Jørgensen oplever fra systemets og dets repræsentanters side?

"Det er fint, at kommunerne henvender sig - det skal de jo ifølge reglerne..." "...en medvirkende årsag til, at du befinder dig i denne vanskelige situation, er et "hul", der tilsyneladende er i lovgivningen." "...jeg vil opfordre dig til at udholde ventetiden og bevare tilliden til, at sygedagpengeafdelingen vil modtage tilstrækkelig dokumentation til at kunne træffe en ny afgørelse.." "Idéen med opfølgningen er god nok. Men hvis der er tale om alvorligt syge, må man kunne undtage dem fra den her ordning. Det er sund fornuft. Det er selvfølgelig svært, for man skal have fundet ud af hvor grænsen går, og det skal selvfølgelig dokumenteres." (Frederiksborg Amts Avis, 8. marts 2008)

Citaterne her understreger, at loven og dens mangel på fleksibilitet, gøres til hovedproblemet i disse tilfælde. Ethvert menneske kan se, at det naturligtvis er 'sund fornuft' at 'undtage' de 'alvorligt syge' kræftpatienter fra pligten til at blive kimet ned af kommunens sagsbehandlere; i avisernes overskrifter efterlyses mere menneskelighed i disse sager. Men som politikerne også fremhæver, ja så er det svært, for man er nødt til at trække en grænse og dokumentere, at tingene går rigtigt for sig. Med andre ord er vi nødt til at 'udholde ventetiden' og 'have tillid til', at der fremskaffes nok 'dokumentation' til at træffe en 'afgørelse'. Vi må således affinde os med, at den 'sunde fornuft' for en stund sættes ud af spil i lovens hellige navn, også selvom det i den konkrete situation kan synes urimeligt og måske endda umenneskeligt.

En beskrivelse fra Habermas kan måske kaste lys over, hvad det er, der sker i denne proces, og bringe os et skridt videre i at forstå, hvad mulighedsbetingelsen for denne reaktion i tilfælde af sygdom er. I *Teorien om den Kommunikative Handlen* finder man den følgende passage:

"In the end, the generality of legal situation-definitions is tailored to bureaucratic implementation, that is, to the administration that deals with the social problem as presented by the legal entitlement. The situation to be regulated is embedded in the context of a life history and a concrete form of life; it has to be subjected to violent abstraction, not merely because it has to be subsumed under the law, but so that it can be dealt with administratively. The implementing bureaucracies have to proceed very selectively and choose from among the legally defined conditions of compensation those social exigencies that can at all be dealt with by means of bureaucratic power exercised according to law. Moreover, this suits the needs of a centralized and

computerized handling of social exigencies by large, distant organizations. These organizations add a spatial and temporal element to the social and psychological distance of the client from the welfare bureaucracy.” (Habermas, 1987c, s. 362-63)

Pointen hos Habermas i denne beskrivelse af, hvordan retliggørelsesprocesser kan gribe forstyrrende ind i den symbolske reproduktion af livsverdenen (Jensen, 1987) er, at velfærdsstatens klienter skal underordne og underkaste sig præmisserne i sygedagpengelovgivningen. Det vil ofte blive opfattet som en voldsom abstraktion, der ikke respekterer f.eks. Liza eller Beates konkrete livsform og -historie. I Habermasianske termer er der tale om en situation, hvor områder og situationer i livsverdenen, der tidligere var reguleret og koordineret via den sociale integration baseret på kommunikativ handlen, i stedet bliver overtaget af de anonyme styringsmedier, som oprinder i staten, og som derfor underkaster dele af den symbolske reproduktion af livsverdenen en systemisk integration. Det er denne indtrængning af systemimperativer i livsverdenen, det Habermas også kalder systemets kolonisering af livsverdenen, der opleves som umenneskelig.

Men spørgsmålet er dog, hvad mulighedsbetingelsen for denne situation er? Hvorfor trækker de ansvarlige sagsbehandlere og politikere i Liza og Beates situation på skuldrene og beder dem om at have tillid til systemet, i stedet for at udvise forståelse og barmhjertighed? Et svar på dette spørgsmål kan man måske finde hos Adorno, i nogle af de refleksioner han gjorde sig om tiden omkring den anden verdenskrig, fascismen og i særdeleshed Auschwitz:

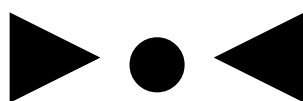
”...if people were not profoundly indifferent towards whatever happens to everyone else except for a few to whom they are closely bound, and, if possible, by tangible interests, then Auschwitz would not have been possible, people would not have accepted it... [the ‘lonely crowd’ is] an aggregate of people completely cold who cannot endure their own coldness and yet also cannot change it... The inability to identify with others was unquestionably the most important psychological condition for the fact that something like Auschwitz could have occurred in the midst of more or less civilized and innocent people... The coldness of the societal monad, the isolated competitor, was the precondition, as indifference to the fate of others, for the fact that only very few people reacted.” (Adorno, 1998a, s. 201)

At drage paralleller til Auschwitz virker måske ikke oplagt i denne sammenhæng, men det er i behandlingen af dette emne, at Adorno primært omtaler den moralske indstilling, som mest præcist svarer til den, vi genfinder i indstillingen overfor de alvorligt syge kræftpatienter. Adorno kalder denne indstilling for den ’borgerlige kulde’. Det er en indstilling, som indebærer en kølig distance og en hårdhed, der gør det muligt at ignorere det umenneskelige ved, at kræftpatienter er nødt til at køre hen på kommunekontoret med et drop i hånden og vente 35 minutter for at underskrive et papir, der var udfyldt forkert; Den gør det muligt at acceptere, at alvorligt syge mennesker skal underkaste sig en lovgivning, som ikke viser hensyn, men som behandler alle individer med den samme nøgterne præcision, den samme kølige indifference.

For Adorno er det ikke en tilfældighed, at denne kulde opstår netop med det ’borgerlige’ samfunds opkomst. Det er tværtimod en fundamental forudsætning for dets politiske og moralske idealer – nemlig idealet om ’gensidig ikke-interesse’, dvs. en forestilling om, at moralske normer alene handler om at korrigere og tøjle det enkelte individs egen-interesse, og at moral derfor ikke er noget, der bliver påvirket af eller hviler på andres eksistens (Bernstein, 2001, s. 396-414). Bauman har en lignende pointe i hans diskussion af den sociologiske relevans af Holocaust, hvor han hævder, at det moderne samfund bliver adiaforisk. Det betyder, at det bliver umuligt at vurdere den *moralske* værdi af f.eks. en beslutningskæde, som den der lå til grund for Holocaust. Det er kun muligt at vurdere dens værdi ud fra et rent *teknisk* værdisæt, dvs. om beslutningskæden producerer en effektiv løsning på det opsatte

problem (Bauman, 1989, s. 213-7). Når Liza og Beate kan opleve, det de gør, er det netop udtryk for, at det er instrumentelle eller procedurale aspekter af sagerne, der bliver brugt til at evaluere sagerne med ('de skal jo følge reglerne', 'tilstrækkelig dokumentation til at træffe en ny afgørelse', 'det skal selvfølgelig dokumenteres') i stedet for den konkrete erfaring (ansigt-til-ansigt) af en syg kvinde, der har en potentielt livstruende sygdom, der kan ende med at vende op og ned på hele hendes tilværelse. Den konkrete erfaring af kvindernes situation bliver mødt med kulde i stedet for en barmhjertig anerkendelse af deres ulykkelige situation.⁴³

Hvis fravær fra arbejdet på grund af helbreds-mæssige forhold er et universelt fænomen, så står det i hvert fald helt klart, at vores reaktion på uarbejdsdygtighed så langt fra er det. Den er derimod bundet tæt til de underliggende moralske principper og indstillinger, der til en hver tid råder i samfundet, hvad enten det er nådesløshed, barmhjertighed eller kulde.



5. 'Det store skuffedarium'

Intet varer som bekendt evigt, og det var da også den bitre sandhed sygekassefunktionærerne måtte sande i 1970, da Folketinget omsider havde vedtaget en ny lov om sygeforsikring. Den slog fast, at administrationen af den offentlige forsorg på sygeområdet fra 1. april 1973 skulle varetages af de 275 nye kommuner i stedet for sygekasserne.

Man overdriver næppe, hvis man påstår, at sygekasserne siden besættelsestidens ophør jævnligt havde været under beskyddning fra forskellig side – navnlig af læger, borgerlige såvel som venstreorienterede politikere og af embedsmænd og andre 'lærde', som mente dette eller hint om emnet. Sygekasserne blev blandt andet kritiseret på grund af *sygekassegrænsen*, der udelukkede såkaldte bemidlede (som - ifølge kritikerne i hvert fald - kun var en smule rigere end de mest velhavende ubemidlede) ikke kun fra at stå i sygekassernes Afdeling A, men også fra en lang række andre offentlige goder: "*buslejetilskud, parcelbusbyggeri, billigere tasker i vuggestuer og børnehaver, rabatmærker i krigens tid, skoleferierejser og hvad ved jeg.*" (Olsen, Sygekassetidende, december 1958, s. 308) Det var en uretfærdig ordning, som var med til at cementere en kunstig opdeling af samfundet i klasser, lød argumentet, særligt når det kun var 15% af befolkningen, der ansås for at være så velhavende, at de selv kunne klare regningen til læge mm. (Betænkning, 1959, s. 108). Der var også spørgsmålet om sygekassefunktionærernes *kammerateri og overforbrug*, der for nogen var en torn i øjet, som begrundede, at kasserne burde afskaffes og erstattes med et 'neutralt' system administreret af det offentlige.⁴⁴ Og det var ikke mindst den øgede administration, der bestod ved at have et *flerstrengt system* til at varetage de mange offentlige forsorgsydelser, der blev fremhævet, og som i sidste ende var ét af hovedargumenterne for at nedlægge de – for nogen af disses vedkommende – mere end 100 år gamle sygekasser. At det sidste punkt også var en debat, der blev taget internt i sygekassebevægelsen kan man se af følgende debatindlæg fra 1964 forfattet af en sygekassemand:

"Opretholdelsen af det særskilte sygekassekontingent – og måske af selve sygekasserne med for den sags skyld – er et udslag af trægheden, når den slags først har sat sig fast, af modviljen mod forandringer hos en

umiddelbart interesseret kreds, af politiske hævninger og sidst, men ikke mindst, af den tilsyneladende meget stærke hang til at putte enhver foreteelse af denne art, enhver sådan ordning i en lille separatkupé med skilt ved døren, hver med sit særskilte kontingent eller sine særskilte kontingenter eller bidrag til anbringelse i en skuffe for sig eller fond for sig, og hver naturligvis med sin ledelse, sine kontorer, sine beregninger og – det kan der gøres meget ud af – sine afregninger med og overførsler til andre skuffer. Det er visselig det store skuffedarium.” (Damsgaard Hansen, Sygekassetidende, December 1964, s. 310).

Det var ikke rationelt at have organiseret sygehjælpen på denne måde, når det nu alligevel i så høj grad var staten og det offentlige, der finansierede kasserne. Udover disse mere overordnede aspekter ved sygekasserne var der også en lang række andre kritikpunkter, som dog ikke var rettet mod selve systemet, men mere på de ydelser kasserne tilbød (f.eks. den meget mangelfulde indtægtsdækning under sygdom). Selvom omfanget af sygekassekritikken således var stigende, var essensen derfor den samme, og ligeså var de standardsvar, sygekassernes repræsentanter efterhånden havde lært af lire af sig: sygekasserne var en unik konstruktion, der - baseret på frivillighed - havde fået mere end 80% af befolkningen til at sikre sig mod sygdom. De var styret og grundlagt af folket og burde derfor fortsætte på den måde.

Men bag disse standardsvar gemte der sig dog også en stigende bevidsthed om, at netop frivillighedsprincippet og den folkelige forankring, i slutningen af 1960'erne ikke længere var den samme, som den havde været i slutningen af 1800-tallet, hvor loven om anerkendte sygekasser blev vedtaget. Det havde endog været nødvendigt at iværksætte en annoncekampagne rettet mod sygekassemedlemmerne for at gøre opmærksom på problemstillingen vedrørende 'nationaliseringen' af sygekasserne:

”Vi forsøgte gennem en annoncekampagne at vække vores medlemmer. Det lykkedes at skabe interesse om sagen, men det lykkedes ikke at få problemet sat så klart op, at et flertal af medlemmer forstod sagens alvor. Vi mener imidlertid, at vi gennem denne annoncekampagne har gjort, hvad vi kunne for at oplyse medlemmerne om sagen, således at der ikke bagefter kan rejses bebrejdelser mod sygekassernes tillidsmænd” (Sygekassetidende, september 1970, s. 225).

Så det var måske nok med vemod, at de ansatte og de folkevalgte i de efterhånden vidtomspændende sygekasser var kede af det, men deres medlemmer (som jo efterhånden udgjorde næsten hele befolkningen) var tilsyneladende ligeglade.

Det er fristende at fremstille sygekassernes udvikling fra deres opkomst i midten af 1800-tallet og frem mod slutningen af 1960'erne som en proces, hvor medlemmernes engagement langsomt svandt hen. Det er i hvert fald en udlægning, man støder på mange gange i de sygekassefrivilliges adskillige indlæg, der sukker over medlemmernes manglende fremmøde til generalforsamlinger. Et sådant eksempel gives i sygekasselæge Hans Tvedegaards memoirer:

”Paa den Tid, da jeg begyndte herude – i Begyndelsen af Halvfemserne – var Sygekasserne her paa egnen i en god Gænge. Praktisk talt alle gifte Arbejds mænd, Smaahaandværkere og mindre Husmænd var i Sygekassen. Grænsen var ved Parcellisterne, hvoraf de fleste ligesom alle Gaardmænd stod udenfor og saaledes sammen med Lærere, Præster, Købmænd og andre udgjorde Lægernes Privatklientel. Der var mellem Medlemmerne en Solidaritetsfølelse og en Interesse for Sygekassen paa en helt anden Maade end nu. Jeg hørte ofte den Ytring: 'Man skal ikke være for haard ved Sygekassen'. Det viste man bl.a. ved, at de relativt velstillede (Smaakaarsfolk var de jo alle), Husmændene f. Eks., ikke tog Dagpenge. Jeg meldte mig snart ind i Sygekassen som Bidragydende og deltog paa denne Konto i deres Generalforsamlinger. Disse afholdtes i Brugsforeningens 'store Sal', der altid var stuvende fuld. Det var en Fornøjelse at iagttage den parlamentariske Takt, der herskede, og saa, at disse almindelige Arbejds mænd kunde staa op og give et velformet Bidrag til Debatten. Det er stadig Jydestrup-Valsølle Sygekasse, jeg her skriver om og bruger som Paradigma. Det var

'vores' sygekasse, som man var stolte af og ligefrem nærede Kærlighed til. Der var megen gensidig Kontrol, og man syntes at være ængstelig for at 'rende til Læge' for mindre alvorlige Tilfælde og derved udæske til Kritik. Sygekassen betalte ikke Lægehjælp til Børnene.

Meget snart kom Spørgsmaalet om at søge Statsanerkendelse op. Der var ikke saa lidt Opposition derimod. Man var bange for at miste for meget af sin Selvstændighed, og heri tog man jo ikke saa meget fejl. Det blev efterhaanden ikke længere 'vores' Sygekasse, men et Led i det saare indviklede Statsmaskineri. Ikke mindst efter Indførelsen af 'Socialreformen 1933'. Jeg kan vist bedst illustrere Forandringen ved at skildre en anden Generalforsamling, som jeg overværede for nogen Tid siden efter at have holdt mig borte i flere Aar. – Den foregik ogsaa i 'den store Sal'. Der var til stede Bestyrelsen, men kun ganske faa menige Medlemmer, der sad og dvaskede paa en Bænk langs Salens ene Ydervæg. De hørte paa Formandens Beretning og Regnskabets Oplæsning, men ingen af dem mælede et Ord. Nu er det Lederne – specielt Overledelsen, der ordner det hele.

Hvad har vel oprindeligt givet Anledning til Dannelsen af Sygekasserne? Samtaler med gamle Folk, dengang jeg selv var ung, har givet mig den Opfattelse, at det egentlig var en smuk Karakterejendommelighed i den danske Befolkning: en vis Rankhed i Tankegangen, som var den egentlige Drivfjeder. Lægehjælp i paatrængende Tilfælde er næppe nægtet nogen heller i gamle Dage, uanset om Lægen havde Udsigt til at faa Betaling derfor, men samtidig maatte den enkelte være klar over, at det ved en alvorlig Sygdom var umuligt for en fattig Arbejder at yde en blot nogenlunde rimelig Betaling, og det vilde man helst, i Stedet for at modtage Hjælpen som en Almis. Den Tanke laa da nær, at dette kunde naas ved Sæmmenslutning. Denne Æresfølelse er vist nu saa temmelig gaaet fløjten sammen med meget andet aandelig værdifuldt." (Tvedegaard, 1940, s. 152-154)

Nu har vi mennesker jo en trang til at romantisere fortiden, og derfor skal man være varsom med at drage konklusioner på baggrund af Tvedegaards skildring alene. Men der er næppe nogen tvivl om, at den folkelige forankring, sygekasserne havde, ændrede karakter af flere omgange: først i forbindelse med loven om anerkendelse fra 1892, hvor sygekasserne fik nogle specifikke krav at leve op til, såfremt de skulle kvalificere til tilskud fra staten. Senere i forbindelse med reformen i 1933, hvor frivillighedsprincippet i al væsentlighed blev ophævet, fordi man pålagde ikke-medlemmer af sygekasserne en afgift, der som minimum svarede til det, de skulle have givet i sygekassekontingent. Slutteligt med sygekassernes nedlæggelse, hvor det folkelige engagement helt forsvinder, og i stedet skal indgå som en del af det lokale demokrati knyttet til kommune, amt og stat.

Selvom sygefraværsfænomenet kun udgjorde en ganske lille del af sygekassernes samlede virksomhed, og næppe den, man ville betragte som vigtigst, førte disse organisatoriske forandringer dog også til principielle ændringer i måden at forholde sig til sygefravær på. De mange skift betyder nemlig også, at den 'referenceramme' – her forstået som den gruppe af personer sygefraværet berører - skiftede karakter. Referencerammen ændrede sig af tre omgange: 1) *fra* en situation, hvor de berørte var andre, ligeværdige medlemmer af sygekassen. Medlemmer som man i mange tilfælde kendte til fra lokalsamfundet og som man mødte i forbindelse med sygekassens generalforsamling, dets fester eller lignende.⁴⁵ 2) *Over* en situation, hvor 'referencerammen' 'forvandt' i den mere eller mindre anonyme forsikring, der blev varetaget gennem foreninger, man havde pligt til at være passivt ('bidragydende') medlem af. Alle ydelserne var baseret på et neutraliserende forsikringsprincip i stedet for et princip om barmhjertighed og næstekærlighed (og dermed også indirekte almis og skam) (cf. Schmid 1995). 3) *til* en situation, hvor 'referencerammen' – i hvert fald for det korterevarende fravær, som er mest udbredt – bliver den enkelte sygemeldtes arbejdsplads og arbejdsgiver.

Men hvor Hans Tvedegaard så med vemod på det engagement, som langsomt fordampede fra sygekassebevægelsen i takt med, at foreningerne i stadigt stigende grad blev større og mere professionelle, var der andre i bevægelsen, der så dette som et udtryk for fremgang:

”Meget tiltalende er det at iagttage, hvorledes Sygekasserne netop bidrog til at vække og skabe Forstaaelse af, at Almisser og Næstekærlighed ikke er de rette Grundpiller til Opretholdelse af et Hjem, fordi der er en Afsmag forbundet med at modtage sligt. Aar efter Aar maa der gøres de største Anstrengelser for at skaffe Kasserne Ekstraindtægter ved Indsamlinger hos de bedrestillede, Afholdelse af Aftenunderholdninger, Maskerader, Skovfester og lignende samtidig med, at Medlemmerne ligefrem trænes til at vise den største Skaansomhed overfor Kassen, naar Hjælp behøves.” (Sygekassetidende, 1940, s. 108)

Selvom økonomien selvfølgelig ikke var ubegrænset, så betød statstilskuddet - samt ikke mindst forsikringsprincippet og dets fundering i en objektiv beregning af, hvilke risici kasserne kunne regne med - at sygehjælpen blev transformeret fra almisse til rettighed. I et speciale baseret på en analyse af Sygekassetidende kan man læse en uddybning af netop dette dilemma mellem foreningstankegang og forsikringstankegang, der udgjorde en latent konflikt i sygekassebevægelsens tidlige historie:

”...redaktørens opfordring til 'Centralisation' kan [også] være et udtryk for, at det fra centralt hold var svært at kontrollere hele sygekassebevægelsen og især de mange små foreninger. Disse udmærkede sig nemlig ved 2 forhold, hvoraf det ene som nævnt var, at de administreredes gratis og ofte efter et hjemmelavet system, hvorfor oplysningerne, som indsendtes til inspektoratet – da standardskemaerne ikke blev brugt – var besværlige at håndtere. 'Denne selvrådighed og uvilje mod reformer svandt dog lidt efter lidt de fleste steder', som sekretæren i nævnet fra 1908 skriver. Det andet var, som selvsamme sekretær bemærker, at 'Man så dengang på en sygekasse som en forening, og først senere blev mere forsikringsmæssige betragtninger gjort gældende samtidig med, at der var indvundet, også sørgelige, erfaringer om, at forvaltningsbestemmelserne måtte strammes'. Netop det forhold, at sygekasserne for mange medlemmer har været en forening i dette ords bredere betydning, dvs et sted hvor medlemmer kunne mødes til en snak, en diskussion og til fest og spil, har været nævnets og dermed såvel inspektørens som redaktørens hovedpine. For dem som lovens 'forlængede arm' gjaldt det om at få sygekasserne til at fungere økonomisk ansvarligt og efter forsikringsmæssige betragtninger. For mange medlemmer var kasserne oprettet – ja, naturligvis primært som en sikring mod følgerne af sygdom m.v., men derudover også som foreninger, hvor sammenkomst under forskellige former spillede en betydelig rolle. For redaktøren gjaldt det om at få sygekasserne til at 'holde sig til sagen' og han kan med sit kendskab til bl.a. centralforeningerne ikke have været uvidende om, at det var lettest i de større kasser, der alene p.g.a. de administrative og forvaltningsmæssige opgaver må have givet anledning til mange drøftelser og meget arbejde.” (Frederiksen, 1985, s. 73)

Modsætningen mellem de forenings- og de forsikringsmæssige principper kan måske beskrives som et udtryk for en stigende systematisering og professionalisering af sygekasserne; en udvikling, der samtidig betød, at disse blev mere upersonlige og ikke længere forudsatte en aktiv stillingtagen og bevidsthed om medlemsskabet. Den eneste relation medlemmerne havde til sygekassen var til sidst, at de skulle betale deres kontingent her. Og netop derfor kunne det godt ske, at overgangen til det anonymiserende forsikringsprincip medførte mange fordele for organiseringen af sygehjælpen, og var med til at afmoralisere sygehjælpen. Men til gengæld skabte det nye problemer f.eks. ifht det evindelige spørgsmål om misbrug, som jo i princippet i hvert fald kunne være langt mere påtrængende, når den sociale kontrol, der var forankret i sygekasseledelsens personlige kendskab til alle foreningens medlemmer, forsvandt (cf. Schmid 1995, s. 36-7).⁴⁶



6. Biopolitik og bestikkelse

”For at fremme en god Organisation af de frivillige syge- og Begravelsesforeninger blandt håndværkssvende og fabriksarbejdere, som ifølge Næringsloven af 29. December 1857 kunde ventes at træde istedetfor de tidligere Svendelader, har det høie Indenrigsministerium overdraget undertegnede Commission at udarbejde et Normaludkast til Vedtægter for slige Foreninger og at tage under Overveielse, hvilke Foranstaltninger der navnlig for Kjøbenhavns Vedkommende maate kunne træffes for at vække Interessen for og styrke Tilliden til saadanne Foreninger” (Betænkning, 1862, s. 1)

Sådan lyder det første afsnit af den allerførste danske sygekassekommissions betragtninger, som de blev forfattet i efteråret 1862 nogle få måneder inden den 5 årige dispensation fra Næringslovens bestemmelser, som de gamle laug og svendelader havde fået som overgangsordning, var på vej til at løbe ud. Næringsloven forbød nemlig i sin essens den tvang, der havde været indbygget i de gamle laug, hvor enhver, der ville praktisere som håndværker indenfor et bestemt fag, kun kunne gøre det, såfremt vedkommende var medlem af det rigtige laug. De nye liberalistiske tanker, der var begyndt at dominere i Danmark både før, men i endnu højere grad i tiden efter Grundlovens vedtagelse i 1849, så med strenge øjne på denne tvang, da den jo i sagens natur stred mod forestillingen om, at det var markedet og individernes frihed, der fremover skulle præge landets udvikling.

Der var dog også nogen, der så med en vis skepsis på næringsfriheden, ikke mindst fordi den i de store byer kunne skabe et vist kaos. Det var ikke blot den manglende regulering af arbejdsmarkedsforholdene for håndværkerne og deres kunder, der bekymrede. Men da laugene havde udviklet sig til organisationer, der tog vare på sine medlemmer, og løste sociale opgaver, var der en risiko for, at kommunerne skulle overtage disse, såfremt laugene ikke blev ført videre i en eller anden form. Det var naturligvis landets største kommune, København, der var mest optaget af, at der blev fundet en løsning. Målet var, at laugene kunne fortsætte sine sociale aktiviteter omend på nogle vilkår, der var forenelige med loven om næringsfrihed (se Mortensen 1946, s. 34-42). I første omgang handlede det om at lave laugene om til frivillige syge- og begravelseskasser og sikre, at den formue som laugene evt. lå inde med, kunne overflyttes til den nye forening. Det tænkte man sig gjort ved at skitsere et ’normaludkast til vedtægter for sygekasser og lignende foreninger’. Men kommissionen foreslog ligeledes, at man fra kommunalt hold skulle give sygekasserne en række goder som f.eks. adgang til at holde møder i kommunale lokaler, frihed for at betale stempelafgift, og hvis det var muligt gratis eller væsentlig nedsat betaling for sygekassens medlemmer til de kommunale sygehuse (Betænkning, 1862, s. 9). Kommissionen forestillede sig samtidig, at sygekasserne med denne hjælp ville få incitament til at lade deres vedtægter godkende af kommunen, og samtidig ville forpligte sig på at indsende statistisk materiale om deres regnskaber samt om deres medlemmers brug af ydelserne.

Det var dog langt fra første gang, at statsapparatet forsøgte at regulere laugsvæsenet:

”Det ældste mig bekendte Eksempel paa direkte Indgriben fra det offentlige Side er, at Københavns Magistrat i 1623, altsaa under Kong Christian IV, indføjede Bestemmelser i Murerlaugets Vedtægt om faste Bidrag fra Svendene, de saakaldte ’Tidepenge’, til Sygehjælp. Saadanne Bestemmelser optoges fremtidig i Laugsskraerne (Vedtægterne). Laugene fandtes imidlertid kun i København og Købstæderne. Paa Landet var altsaa sligt ukendt. Det blev i Løbet af 1600-Aarene almindeligt, at der i ’Skraerne’ som Modstykke til ’Tidepengene’ af det offentlige krævedes indsat Bestemmelser om Sygehjælp til Svendene, hovedsagelig Dagpengehjælp, senere Lægehjælp og frit Sygehusophold en vis Tid. Naar det offentlige saaledes interesserede sig for en Sygehjælpsordning for den Tids Arbejderstand, Haandværkssvendene, skyldtes det, at der ad denne Vej kunne løses Opgaver, som det offentlige paa dette Tidspunkt af Kulturudviklingen ellers vilde have været nødt til at paatage sig, men som det var lidet skikket til, da det kommunale Selvstyre og Fattigvæsen var temmelig ufuldkomment” (Sygekassetidende, oktober 1937, 273-74).

Disse tidlige forsøg på at regulere laugene og sygeforsorgen var dog ikke særligt vellykkede. Og måske var det tidligere tideres mislykkedes forsøg som gjorde, at man i København var særligt opmærksomme på næringslovens mulige negative konsekvenser. 'Eksperimentet' med at afskaffe laugene burde modsvares af nye regler, der sikrede, at de opgaver laugene løste blev erstattet af andre initiativer med lignende funktioner. Men incitamenterne for staten til at gennemføre de af kommissionen foreslåede ordninger, var åbenbart ikke tilstrækkelige, for det eneste resultat betænkningen gav, var, at dispensationen, som havde givet svendeladerne lov til at eksistere i 5 år efter næringslovens ikrafttræden, blev forlænget med endnu 5 år med løfte om, at spørgsmålet på ny skulle tages op i 1867, hvilket den blev af den anden sygekassekommission. Det blev dog først den fjerde sygekassekommission af 1885, som oprindeligt havde til opgave at formulere en måde at skabe en offentlig forsikring mod arbejdsulykker, der endelig præsenterede et forslag til lov om anerkendte sygekasser med tilstrækkelig gennemslagskraft til at overbevise lands- og folketingenes medlemmer om det fornuftige heri.⁴⁷



Hvis liberalismens idéer var én drivkraft bag sygekassernes opståen, var der også en anden og mere grundlæggende forandring, som var med til at gøre offentlig sygeforsorg interessant for de europæiske stater: biologiens indtog i menneskehedens historie. Det var selvfølgelig ikke sådan, at den menneskelige biologi ikke tidligere havde spillet nogen rolle for menneskehedens historie. Men det var først med overgangen fra de traditionelle til det moderne samfund, at mennesket fik mulighed for at påvirke og forholde sig til den på en mere systematisk måde. Foucault beskriver denne udvikling med udtrykket 'bio-magt': "If one can apply the term *bio-history* to the pressures through which the movements of life and processes of history interfere with one another, one would have to speak of *bio-power* to designate what brought life and its mechanisms into the realm of explicit calculations and made knowledge-power an agent of transformation of human life." (Foucault, 1978, s. 143). Og at betragte sygekasserne og den danske stats forsøg på at regulere sine indbyggers helbred (og dermed indirekte også dets arbejdsevne) ved hjælp af disse kunne nemt klassificeres som et eksempel på en sådan udøvelse af bio-magt. Det stemmer i hvert fald overens med de to aspekter af bio-magten, Foucault fremhæver: Første aspekt handlede om disciplineringen af kroppen, så den blev gjort medgørlig og brugbar i samfundets økonomiske strukturer. Det andet, og i denne sammenhæng mere vigtige aspekt, handlede om den interesse, der opstod i at overvåge befolkningens generelle egenskaber såsom fødselsrater, levetid, boligforhold, sanitære forhold osv. Dette var af interesse, for at staten på den måde kunne optimere forholdene i befolkningen på den mest effektive måde f.eks. til brug som arbejdskraft (Foucault, 1978, s. 139-40). Ét af de væsentligste elementer, som dukkede op i alle fire sygekassekommissioners betænkninger, var ønsket om at få de frivillige sygekasser til at levere oplysninger om deres medlemmer og virksomhed til myndighederne. Og da loven om anerkendte sygekasser endelig trådte i kraft i april måned 1892, var det også én af betingelserne for at kunne blive anerkendt (og dermed opnå økonomisk tilskud). Statistikkens fortryllende verden og løftet om, at denne teknik kunne være med til at bringe befolkningens helbred under mere ordnede forhold, spillede i hvert fald en ikke uvæsentlig rolle for sygekassernes tilblivelse og i argumentationen for, at man skulle give offentlig støtte til dem. Ét af de væsentligste problemer ved de gamle svendelader var nemlig manglen på indsigt i distributionen af de udbetalinger, man havde lovet, sat i forhold til de præmier

medlemmerne af de nye sygekasser indbetalte. Særligt det forhold, at det var de ældre og de gifte medlemmer, som havde størst interesse i at sikre sig, mens de unge, ugifte og raske havde et langt svagere incitament til det, syntes problematisk. Hele systemet ville kun hænge sammen økonomisk, hvis man fik de unge med i sygekasserne, hvilket f.eks. kunne ske ved, at man differentierede præmien i forhold til alder. Denne viden havde opnået ved hjælp af de statistiske beregninger, man havde lavet om sygelighedens sammenhæng med alder (Betænkning, 1862, s. 4-6).

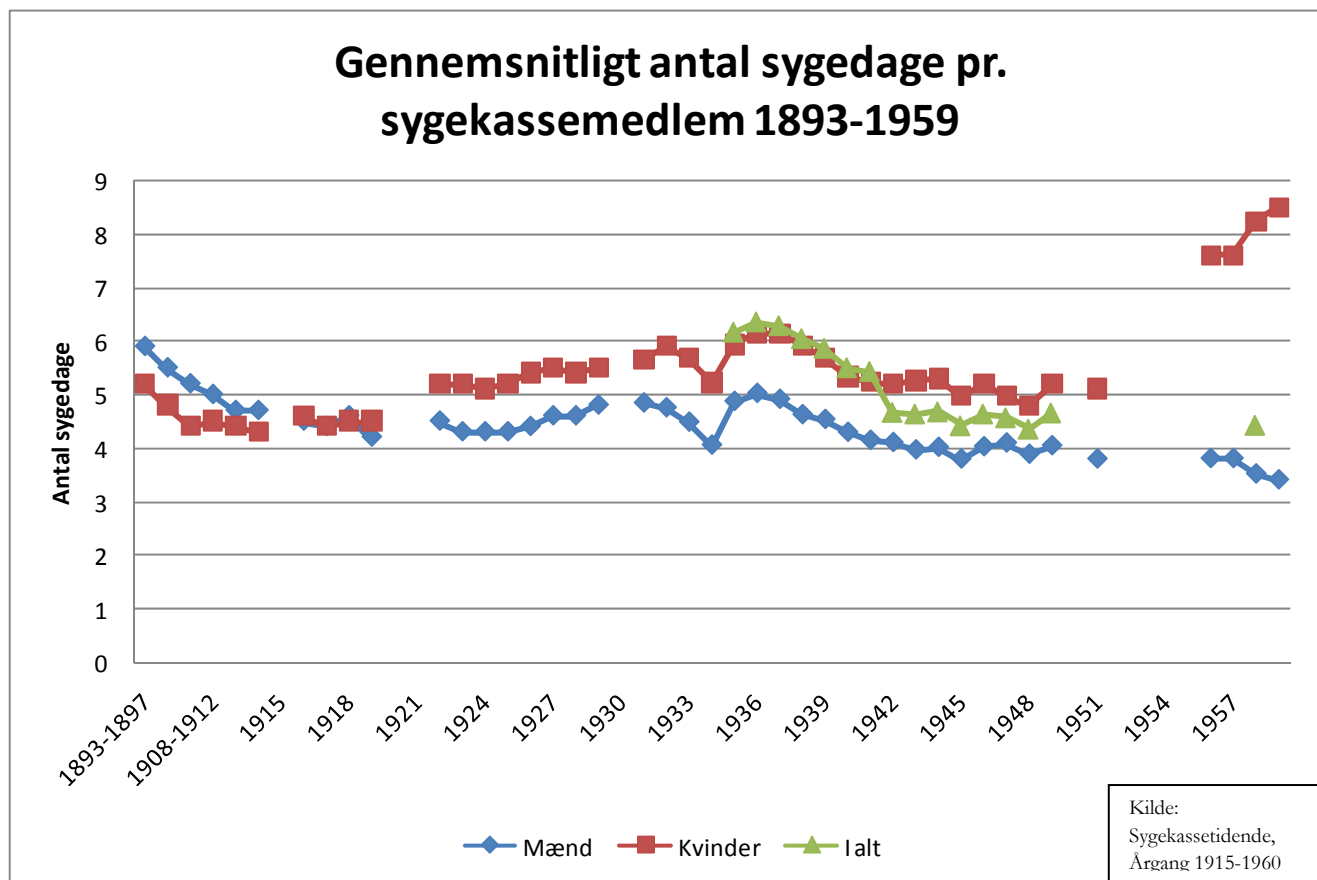
Det var især den Københavnske overlæge L.I. Brandes og hans efterfølger Stiftfysikus Trautner, der i starten pressede på for at få 'professionaliseret' sygekasserne ved hjælp af aktuarerne og epidemiologernes metoder:

"Ved at sammenholde Beretninger fra en Mængde forskellige Kasser saa Brandes, at Sygeligheden, som ved en umiddelbar Betragtning kunde synes ret tilfældig, viste en vis Regelmæssighed. Selvfølgelig kunde Epidemier og andre Forhold gribe forstyrrende ind, men under normale Forhold var der Aar for Aar kun smaa Afvigelser. Desuden havde ældre Medlemmer gennemsnitlig flere Sygedage end yngre. Brandes mente derfor, at man med nogenlunde Nøjagtighed var i Stand til at forudberegne en Sygekasses Risiko, naar man kendte dens Medlemmers Antal, Alder og øvrige Forhold." (Mortensen, 1946, s. 17-8)

Ved systematisk at indsamle viden om alle sygekassermedlemmernes sygelighed kunne man sikre sygekassernes økonomiske grundlag på et langt mere oplyst grundlag, end det hidtil havde været muligt (se også Christensen, Sygekassetidende 1942, s. 214-7). Samtidig kunne man afværge de truende fallitter, der ellers havde været et tilbagevendende problem også gennem laugstiden; et problem, der i øvrigt førte til, at man ofte holdt fester eller samlede ind for på den måde at dække underskud i kassen. Denne uskik, hvor man blandede noget så alvorligt og seriøst som sikring af sygehjælp med fester og lignende, kunne man komme til livs ved at gå videnskabeligt til værks og beregne, hvilken præmie det var nødvendigt at opkræve, for at erstatningerne i tilfælde af sygdom skulle være tilstrækkeligt finansieret af medlemmernes egne bidrag.

Selvom Brandes opfordring til de frivillige sygekasser om at indberette visse oplysninger til Indenrigsministeriet i starten af 1860'erne slog fejl, førte det dog på sigt til, at man foretog registreringer af bestemte aspekter af sygekassernes virksomhed. Fra 1893, som var det første fulde år, hvor loven om anerkendte sygekasser virkede, har man således statistiske beretninger om det gennemsnitlige antal sygedage for sygekassernes medlemmer. En opsummering af det for perioden 1893-1959 findes i figur 2.1 nedenfor.

Figur 2.1 Gennemsnitligt antal sygedage pr. sygekassemedlem. 1893-1959.⁴⁸



Det er svært at pege på nogen systematisk trend i det gennemsnitlige antal sygedage, men det ser dog ud til, at sygefraværet har været forholdsvis konstant, måske med en tendens til at være svagt stigende for kvinder og svagt faldende for mænd. Man skal dog være meget opmærksom på de store ændringer, der sker både i lovgivningen omkring modtagelse af sygehjælp via sygekasserne, men også i de to køns tilknytning til arbejdsmarkedet. I starten var kvindernes erhvervsfrekvens forholdsvis lav sammenlignet med mændenes. Fra og med lovændringen i 1915 blev det desuden muligt for kvinder at modtage barselshjælp via sygekasserne, hvilket formentlig ikke er rensat ud af statistikken, hvilket er med til at skabe en kunstig stigning i fraværet, der alene skyldes det faktum, at kvinderne nu kunne føde børn og stadig opretholde deres levestandard.

Ligeledes er det nødvendigt, at være opmærksom på, at sygekassebevægelsen fra starten i 1893 havde blot 116.900 medlemmer, hvilket i 1940 var steget til 2.528.700 medlemmer (Sletten, 1942, s. 121). I starten led ingen af kroniske sygdomme, da de var forhindret i at blive optaget. Men denne gruppe udgjorde en stadig større andel (en stigning fra 0,2% af medlemmerne i 1916 til 2% af medlemmerne i 1940), og efterhånden blev det også muligt at få hjælp til disse kroniske lidelser. Der er altså forhold, der trækker i hver deres retning, og har betydning for det indsamlede materiales gyldighed. På den ene side betyder inklusionen af kronisk syge borgere i sygekasserne, at antallet af sygedage vil stige. På den anden side kan vi forestille os, at især den yngre og derfor mere raske del af befolkningen først for alvor blev inkluderet i sygekasserne fra 1930'erne, hvilket betød, at det gennemsnitlige antal sygedage faldt.

Men det faktum, at der ikke er store systematisk udsving fra år til år, tyder dog på, at tallene har en vis pålidelighed, selvom vi ikke med sikkerhed kan udtale os om, hvorvidt de kan generaliseres. Den store stigning i slutningen af 1950'erne skyldes formentlig indførslen af sygeløn som en del af overenskomstforliget i 1956. Men derudover er der også tale om forskelligt statistisk materiale. De fleste år er baseret på sygekasseinspektoratets opgørelser, mens det for de sidste (1956-60) er tale om tal baseret på den af sygekasserne administrerede sygelønsordning, der var indgået mellem LO og DA i forbindelse med det nævnte overenskomstforlig.

Selvom det statistiske materiale, der er tilgængeligt for sygekassernes historie, derfor er meget mangelfuldt fra et historisk komparativt perspektiv, hvis man vil forsøge at sammenligne sygefraværet på tværs af mange årtier, så var det dog tilstrækkeligt som administrativt grundlag til at drive sygekasserne på i deres levetid. Formålet var jo her alene fokuseret på at sikre et stabilt økonomisk grundlag at drive sygekasserne ud fra, således at der var en overensstemmelse mellem de ydelser kasserne lovede til deres medlemmer, og de forsikringspræmier de skulle betale til at dække omkostningerne forbundet med driften.

Det statistiske materiale, offentliggjort af sygekasseinspektoratet hvert år fra 1893 frem til i hvert fald midten af 1950'erne, udgør dog også det længste stræk med et nogenlunde sammenligneligt talmateriale, der ikke er påvirket af et væld af lovgivningsmæssige forandringer. I hele perioden sker der ændringer 9 gange – første gang i 1915 og derefter 5 småændringer inden 1933, hvor den største reform af sygekassesystemet finder sted, før de endeligt nedlægges i starten af 1970'erne (for en kort gennemgang af ændringerne i sygedagpengelovgivningen frem til 1959 se Betænkning, 1959, s. 23-30). I perioden 1933 til 1960 blev der også lavet en række småændringer, som dog ikke ændrer principielt ved lovgivningen, men blot justerer forskellige indkomstgrænser mm. Sådanne ændringer kan dog også rykke ved, hvem statistikken er gældende for.

Fra sygekassernes nedlæggelse i 1973 overgår forpligtelsen til at sikre de beskæftigede dagpenge under sygdom til arbejdsgiverne, og den statistik Sygekasseinspektoratet havde udarbejdet på området faldt væk. Den blev til gengæld erstattet af en statistik, som Dansk Arbejdsgiverforening udarbejdede på baggrund af indberetninger fra en række af deres medlemsvirksomheder. Men hvad var nu grunden til, at DA satte en sådan indsamling af statistik i værk? En nærliggende forklaring vil være, at der nu melder sig en ny interessant på banen, som har en helt umiddelbar interesse i sygefraværsfænomenet, nemlig arbejdsgiverne. Staten vælter i forbindelse med sygeforsikringsreformen en række udgifter forbundet med sygehjælpen over på arbejdsgiverne, som dermed bliver involveret i fænomenet på en langt mere direkte måde, end det var tilfældet tidligere. Ved at indsamle statistik fra medlemmerne bliver det muligt for DA at tage sygefraværets udvikling aktivt med i sin kamp for arbejdsgivernes interesser, ligesom det bliver muligt for de enkelte medlemsvirksomheder at sammenligne sygefraværet i egen virksomhed med andre virksomheder i lignende brancher. På den måde bliver sygefraværstatistikken indirekte et middel til en yderligere disciplinering af arbejdskraften, ikke mindst i kraft af arbejdsgivernes forholdsvis liberale ret til at ansætte og afskedige folk. Og at netop denne ret blev tænkt aktivt ind som middel til at forebygge evt. misbrug af den omfattende sygelønsordning, der blev implementeret med reformen, kan man se af af følgende uddrag fra betænkningen: "En dagpengeordning som beskrevet i kapitel VI vil formentlig indebære mulighed for en mere effektiv kontrol med, at den sygemeldte er uarbejdsdygtig. Der er desuden i arbejdsgiverens afskedigelsesret en præventivt betydningsfuld sanktion over for misbrug." (Betænkning, 1969, s. 269) Truslen om at blive fyret, som følge af for megen sygdom, skulle altså forhindre, at virksomhederne blev udsat for alt for store krav om sygeløn fra deres medarbejdere. Og netop den

viden om noget, der i hvert fald på det tidspunkt ansås som privat, nemlig de ansattes helbred, var efterfølgende udsat for debat i Folketinget, hvor medlemmer af Det Kommunistiske Parti forsøgte at få ændret loven således, at hele administrationen af området blev lagt over i de nye kommuner. Baggrunden for ændringsforslaget blev begrundet på følgende måde:

”Dagpengeloven, der trådte i kraft den 1. april 1973, gennemførte det nye princip i dansk sociallovgivning, at arbejdsgiveren skulle betale sygelønnen i de første 5 uger. Denne ordning har ikke vist sig hensigtsmæssig. Ved sidste overenskomst kom det klart til at fremgå, at Dansk Arbejdsgiverforening betragtede sygelønsordningen som indirekte løn og søgte at presse LOs lønkrav ned med dette som begrundelse. I praksis har det vist sig, at sygdomsramte arbejdere over for arbejdsgiveren kommer i en alt for vanskelig situation, og afskedigelsen af hyppigt syge arbejdere er blevet følgen – ofte efter en vis registreringsperiode... Vi ved også, at man på flere store arbejdspladser simpelt hen fyrede folk, da dagpengereformen trådte i kraft... det gjorde de i hvert fald på B & W, og mange arbejdsgivere erkender jo, at de fører kartotek over hyppigt syge arbejdere... man er i lommen på arbejdsgiverne, hvis en stor arbejdsplads en gang om året gør op, hvem der har mange sygedage, og så fyrer dem af den grund. Vi vil gerne have, at arbejdsgiverne bidrager [økonomisk], men vi vil anonymisere det...” (Folketingstidende F.73/74, s. 3372-5, 4655, 4648)

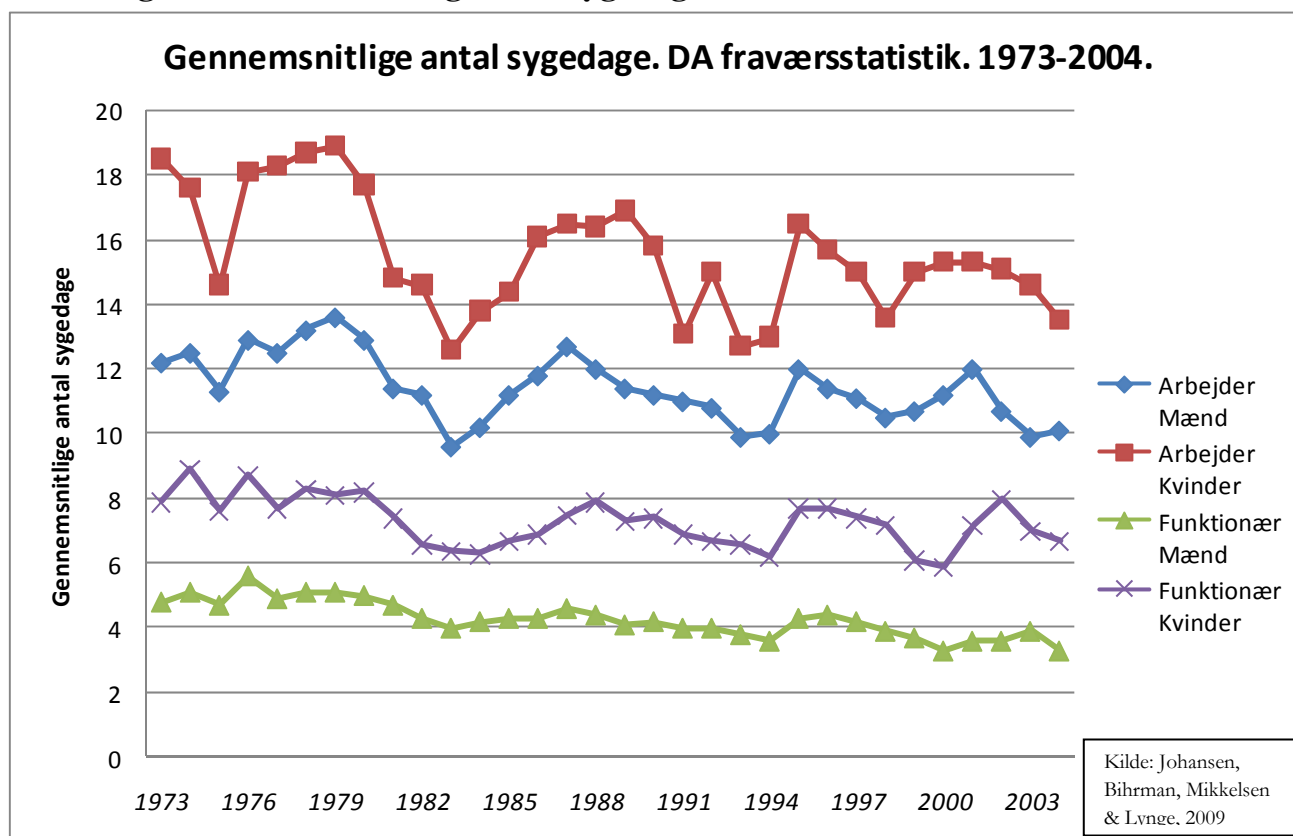
Kommunisternes forslag gik altså ud på, at arbejdsgiverne fortsat skulle betale de første 5 uger af lønarbejdernes sygdom, men at det skulle foregå via centrale fonde, sådan at det i princippet blev anonymiseret. På den måde ville man – ifølge dette argument - undgå, at lønarbejderne ’kom i lommen på deres arbejdsgivere’. Man kan stille spørgsmålstejn ved, om det nu også ville være tilfældet med en sådan løsning. Socialministerens syn på forslaget havde dog en anden vinkel på det. Ministeren – som var Venstremand – udtalte som følger:

”Dagpengeloven gav lønmodtagerne ret til dagpenge fra første dag, og det må vel være klart, at en sådan kraftig udvidelse af retten til en ydelse ikke kunne ske uden en vis udvidelse af de modstående forpligtelser. Når arbejdsgiveren skal udbetale dagpenge fra første dag, synes jeg ikke, det er urimeligt, han også må kunne følge sygdommen. Disse forpligtelser var noget nyt for mange lønmodtagergrupper, og det er klart, at der må gå en vis tid, inden sådanne nye regler har bundfældet sig.” (Folketingstidende F.73/74, s. 4632)

Det kunne altså godt være, at kommunisterne i princippet havde ret i, at arbejdsgiverne havde fået mere magt over lønmodtagerne på lige netop dette punkt. Men det var i følge ministeren blot en rimelig konsekvens af den udvidelse af deres rettigheder, som fulgte af loven. Man kunne ikke forvente at få løn under sygdom uden samtidig at give noget til gengæld – nemlig mulighed for arbejdsgiverne til at monitorere deres medarbejders helbred tættere, og evt. bruge disse oplysninger som sorteringsmekanisme, hvis der skulle ske optimeringer af produktionen og virksomhedens økonomi. Samtidig ville en sådan gensidig afhængighed af hinanden også være med til at mindske den kløft mellem de to grupper, der havde været tidligere.

DA’s nyfundne interesse for statistik var altså en afart af statens biopolitik med lønmodtagernes korte sygefravær, deres timeløn og strejkeniveau som de primære interesseområder, fordi det netop var disse elementer, der havde betydning for virksomhedernes virke.

Figur 2.2 Gennemsnitlige antal sygedage. DA's fraværstatistik. 1973-2004.⁴⁹



I figur 2.2 ovenfor kan vi se udviklingen i det gennemsnitlige antal sygedage for de ansatte på udvalgte medlemsvirksomheder i DA. Selvom vi også her skal være varsomme med trenden, særligt fordi der hverken er tale om totalmateriale eller en randomiseret stikprøve (men derimod frivillige indberetninger), så er det alligevel interessant at observere et næsten konstant niveau af sygefravær over den 35-årige periode, hvor arbejdsgiverne har haft ansvaret for at betale sygedagpenge til deres ansatte de første 2-13 uger af deres sygdomsperiode. Da det i nogen grad er de samme virksomheder, der indgår i DA's statistik gennem hele perioden, kan vi håbe på, at trenden er nogenlunde pålidelig.

På baggrund af dette talmateriale er det måske ikke forkert at konkludere, som Esping-Andersen gør det i hans refleksioner over dagpenge i tilfælde af sygdom:

"It is often thought that sickness absenteeism has increased steadily. This is, however, not the case. Aggregate data show that sickness absence rose sharply from the 1960s to the 1970s. This may support a program-based explanation, since it was typically in this period that sickness schemes were liberalized and improved. The lack of change in the United States could be interpreted along these lines, too, since this is the only case where no legislation occurred. Yet in Germany, absenteeism failed to grow, despite program updating in the late 1960s." (Esping-Andersen, 1990, s. 154)

Vi kan måske supplere denne analyse med en konstatering af, at det var fra midten af 1950'erne, at sygefraværet steg kraftigst i Danmark, hvilket formentlig hænger sammen med, at det netop var i denne periode, der blev gennemført reformer på sygedagpengområdet, som gjorde det muligt for andre end tjenestemænd og funktionærer at få en bare nogenlunde dækkende indkomsterstatning i tilfælde af sygdom. Siden det tidspunkt har der været visse fluktuationer i det gennemsnitlige sygefravær, men det

er måske ikke helt forkert at konkludere, at for det store flertal af beskæftigede har sygefraværet været forbavsende konstant over en meget lang årrække (Johansen, Bihrmann, Mikkelsen & Lynge, 2009).



Det var dog ikke udelukkende statens ønske om at regulere arbejdskraften og sikre den gryende kapitalistiske økonomi en kontinuerlig forsyning af arbejdsduelige mænd og kvinder, som var baggrunden for, at sygekasserne i slutningen af 1800-tallet endelig fik bevilget tilskud fra staten. En anden og ikke uvæsentlig begrundelse fandt man i det, der på denne tid, blev omtalt som 'arbejderspørgsmålet'. I den 4. betænkning, der behandlede sygehjælpens eventuelle offentlige finansiering, formulerede man udfordringen på følgende måde:

"Ligesom Staten i sin Tid blev bevidst, at den overfor Fattigvæsenet havde en positiv Opgave at løse, saaledes den nu bleven sig det samme bevidst overfor, hvad man med ét Ord kalder for Arbejderspørgsmaalet. Idet de moderne statssamfund som Hovedregel maa opretholde den nuværende Arbejdsordning – den frie Produktions – maa de samtidig, saa vidt muligt, søge at raade Bod paa dennes Mangler til Fordel for Arbejderbefolkningen og de ubemidlede Klasser og derigjennem til Fordel for Samfundet som Helhed." (Betænkning, 1887, s. 21-2)

De ubemidlede klassers levevilkår var altså med i overvejelserne om, hvilke principper, og hvilken type af hjælp, der var brug for, når det handlede om sygdom og i særdeleshed ulykker, der indtraf i forbindelse med denne del af befolkningens arbejde. Den danske historiker Annette Østergaard Schultz formulerer bevæggrundene til behandlingen af dette spørgsmål på følgende måde:

"I første omgang var det selve 'arbejderspørgsmålet', som krævede sin løsning, og her var arbejderbevægelsen ikke ene om at levere en model. Arbejderklassens dårlige vilkår blev i løbet af 1860'erne synlige for stadig flere blandt de mere velstillede. Den økonomiske lavkonjunktur og de særlige problemer, som lavstvangens ophævelse førte med sig, var med til at gøre elendigheden tydeligere. Men for den borgerlige opmærksomhed spillede det nu også ind, at socialister i en række lande stiftede en international organisation. Fløj der gnister helt til Danmark, kunne proletariseringen vise sig at være en farlig krudttønde." (Schultz, 1994, s. 63)

Det nogen frygtede i tiden inden den første sygekasselovs vedtagelse var således, at de fattigste dele af befolkningen, dem for hvem sygdom udgjorde en trussel mod dem selv og deres families eksistens, skulle blive inspireret af de socialistiske strømninger i Europa, og slutte sig sammen for at frembringe en radikal omvæltning af samfundet. Økonomisk støtte til sygekasserne og sociallovgivning i det hele taget var således "et middel mod klassetruslen – et instrument til at vinde arbejderklassens 'besindigere medlemmer' for den bestående samfundsorden" (Villadsen, 2004, s. 133).⁵⁰

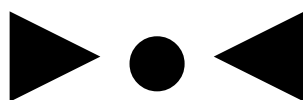
Selvom denne udlægning af sygekasselovens tilblivelse er ganske udbredt, er det så som så med de faktiske kilder, der dokumenterer, at de aktører, der kæmpede for og førte loven ud i livet, var af den overbevisning, at loven var nødvendig for at sikre sig mod uroligheder i landet. Det skyldes selvfølgelig delvist det faktum, at sygekasselovgivningen blot var en lille brik i den store 'reformpakke', man gennemførte i løbet af 1890'erne; hvor fattighjælpen og aldersrenten var to andre og måske mere væsentlige elementer i hvert fald set med datidens øjne. Men der var dog spredte bemærkninger, der understøtter forestillingen om, at staten havde en interesse i offentlig forsorg for på den måde at sikre sig arbejderklassens støtte til det bestående samfund f.eks. eksemplificeret ved Højre-politikeren Hans Christian Holch, der advokerede for at skabe en "reel og vedvarende Interesse hos Samfundsmagtens

Ihændehavere i ved positive Foranstaltninger til bedste for Arbejderstanden at drage dennes besindigere Del over paa den bestaaende Samfundsordens Side.” (opcit in Villadsen, 2004, s. 126) eller ”godsejeren Holstein-Ledreborg [der] under en debat i Folketinget i 1874 [udtalte], at der skal mere til, end blot at lade de nødlidende klare sig selv, ’hvis man ikke vil lade samfundet ganske roligt drive ind i meget farlige sociale kriser. Det mere, der skal til, er hjælp; foren hjælp og selvhjælp, så kommer vi måske et lille skridt bort fra den afgrund, som vi ellers have udsigt til at styrte i’.” (opcit in Knudsen, 1980, s. 94) Det var dog ikke primært fattigdomsproblemer som følge af sygdom, der udgjorde kernen af de udfordringer, som i sidste ende førte til velfærdsstatens tilblivelse. Det var i langt højere grad de udfordringer, der fulgte af arbejdsløshed og fattigdom mere generelt, der motiverede. F.eks. en sikring af de ældre medborgere, som ikke var syge, men som pga. alderen havde nedsat arbejdsevne, der gjorde dem uattraktive på arbejdsmarkedet, og som uden en alderdomsrente ville synke ned i fattigdom.

Den første danske sygekasselov var altså et kompromis, der tjente mange formål, og som dog også bar præg af at være et sådant kompromis: ”Det lader sig ikke nægte, at Sygekasseloven af 1892 er en Forligslov; det mærker man tydeligt paa det hele; ej heller kan det nytte at nægte, at Landstingets Opfattelse af Loven i ikke ringe Grad har præget den, selv om man kan sige sig selv (uden at være nærmere inde i den politiske Historie), at et Forlig maa have fundet Sted mellem Højre i Landstinget og Højre og de Moderate i Folketinget forud for den sidste Udvalgsbehandling i Landstinget, hvor en række indgribende Ændringer førtes igennem og senere vedtoges i Folketinget.” (Wittrup, Sygekassetidende, april 1917, s.155) I kølvandet på forfatningskrisen og provisorietiden var det en alliance mellem Højre og Venstre, og dermed mellem to væsentlige klasser i det danske samfund (borgere og bønder), der gjorde sygekasseloven mulig, ligesom det i andre lande i forbindelse med lignende økonomiske kriser som den, der ramte Danmark fra 1870’erne og frem, var sådanne alliancer, der var med til at fremtvinge de første socialpolitiske elementer af en egentlig velfærdsstat (for en nærmere diskussion af lovens tilblivelse se Petersen, 2004, s. 42-49). Selvom allianceerne ændrede karakter således, at Socialdemokratiet og Det Radikale Venstre fik langt større betydning (særligt i perioden efter 1933), var det dog stadig de kompromiser, der kunne udformes i allianceerne mellem alle de fire gamle partier, der udgjorde grundlaget for velfærdsstatens udvikling.

Man taler ofte om, at velfærdsstaten er et produkt af den socialdemokratiske bevægelses indflydelse i Danmark. Og selvom partiet har spillet en ganske stor rolle, har det dog været kendetegnene for udviklingen efter den anden verdenskrig, at også de borgerlige partier har støttet op om lovene vedr. sygeforsikringen. I alle tilfælde er lovgivningen blevet gennemført med støtte fra de fire gamle partier, om end det i nogle tilfælde var en noget nølende støtte (se Christiansen & Petersen, 2004 for en diskussion af dette). Det er måske derfor særligt relevant i Danmark at tale om velfærdsstaten som et kompromis mellem klasserne; et kompromis, der for det første pacificerede den latente klassekonflikt, der er et biprodukt af den kapitalistiske organisering af økonomien; et kompromis, der også med tiden førte med sig, at selve tilhørsforholdet til klasserne sygnede hen og blev mindre prominent i folks bevidsthed (for en udlægning af dette se Habermas, 1976, s. 33-41; Habermas, 1987c, s. 343-56). I tilfældet sygefravær er kompromiset mellem klasserne symboliseret ved den store sygeforsikringsreform i starten af 1970’erne, hvor man endegyldigt afskaffede opdelingen i bemidlede og ubemidlede adgang til sygeforsorg, for derved at give alle samfundets klasser de samme rettigheder uanset deres formue. I perioden forinden havde man længe diskuteret det uhensigtsmæssige og uretfærdige i denne opdeling som et levn fra en svunden tid, hvor det stadig gav mening at tale om sociale klasser. Men med afskaffelsen af disse forskelle og med implementeringen af sygeløn for lønarbejderne på næsten lige fod

med funktionærer og tjenestemænd, koblet til en manøvre, der gjorde arbejdsgivere og arbejdstagere mere afhængige af hinanden, blev grundlaget lagt for en udvikling, hvor modsætningerne mellem klasserne også blev mindre på dette område. Men at sygefraværsfænomenet stadig kan skabe konflikter mellem samfundets klasse, mellem arbejdsgivere og arbejdstagere, er der næppe nogen tvivl om.



7. Kortslutning eller kort slutning⁵¹

Sygefraværet var ikke altid nærværende; sygenærværet er aldrig fraværende.

De ubemidlede danskere blev bestukket med sygehjælpens forførende løfter om tryghed under sygdom. Prisen: en ny usikkerhed i form af arbejdsgivernes sortering af medarbejdere efter helbredsmæssige kriterier og fravær.

At være sygemeldt var ikke altid noget intentionelt – det var engang en ulykke, der overgik én; man fik forfald. Nu tager man det fravær man har ret til - og skoses for det.

Sygefravær og solidaritet er hinandens modsætninger; først i det øjeblik den ene forsvinder dukker det anden frem.

Vi slår og håner ikke længere vore syge, men den barmhjertighed, de var tiltænkt, er blevet erstattet af det anonyme systems kolige refleksion over om det nu virkelig kan passe, at den syge er fuldkommen uarbejdsdygtig.

Man kan tage sygefraværet ud af moralen, men man kan ikke tage moralen ud af sygefraværet.

Alt hidtidigt sygefraværs historie er klassekampens historie.

¹ Begrebet naturhistorie refererer i denne kontekst til den tyske sociolog og filosof Theodor W. Adorno og hans brug af begrebet, som det fx kommer til udtryk i hans tidlige tale til det tyske Kantselskab: *Idéen om naturhistorie* (Adorno, 1985) og i Hegel-afsnittet (om 'Verdensånden og Naturhistorie') i *Negative Dialektik* (Adorno, 1973, s. 300-360). Adornos brug af begrebet er ligesom stort set alle andre dele af hans tænkning ikke umiddelbart opsummerbart, noget der ikke alene skyldes hans tæknings forholdsvis store kompleksitet, men også fordi dets dialektiske karakter indebærer standpunkter, som normalt anses for at være modstridende, og derfor mere vanskeligt tilgængelige end så mange andre (mere almindelige) tilgange. Én af vanskelighederne ved Adornos brug af begrebet hænger sammen med, at det på én og samme tid dækker over en metodologisk vision for, hvordan man skal bedrive historievidenskab, såvel som en normativ fordring på at fremstille denne som en lidelseshistorie, der potentielt skaber et perspektivskifte; naturhistorie er for Adorno teori og metode på én gang, to sider af samme sag.

Adorno udvikler begrebet om naturhistorie ved at kombinere og transformere idéer fra hhv. Lukács og Benjamin. Udgangspunktet hos Lukács er begrebet 'anden natur', der refererer til en situation, hvor historien bliver til natur: "In Lukács, Adorno finds the vocabulary to describe history turned nature; that is, human products and creations of human history which no longer appear to be so, but rather, bereft of their integral relation to a world of human meaning, appear

paradoxically as artificially natural... Discrete elements of a devalued lifeworld do not simply vanish, but linger, frozen, in the form of fragments. Second nature in this sense is a world in which the products of social action have congealed into a law-like but dead and meaningless mass of codes, practices, institutions and objects, a world of 'estranged things that cannot be decoded but encounters us as ciphers'. In other words, the *reified* world of intersubjective intention takes on the appearance of nature insofar as it no longer exhibits the characteristic features of collective creation; insofar as its genesis narrative is not longer re-constructible." (Pensky, 2004, s. 232) At skrive et fænomens naturhistorie handler for Adorno derfor om at blive opmærksom på den måde, hvorpå livsverdenen og de sociale praktikker den udgøres af, tingliggøres og transformeres til 'anden natur': "The idea of natural history realises its truth-content through its capacity to *degrade* or disrupt the appearance of what is given in experience, insofar as what is given is in itself a reflection of a false totalisation of the ensemble of social and material conditions specific to a given socio-economic constellation." (Pensky 2004, s. 231) At skrive sygefraværets naturhistorie gøres således også med det eksplicite mål at 'nedgøre' og 'forstyrre' den måde fænomenet fremtræder på i dag i forskningen såvel som i den offentlige debat. At det er en nødvendighed, skal der ikke argumenteres nærmere for her, da det gøres løbende gennem hele afhandlingen, f.eks. i Introduktionen samt kapitel 3, afsnit A+B. Men det er en forudsætning for denne afhandling, at sygefraværtsfænomenets fremtrædelsesform netop er tingliggjort og har brug for en sådan 'nedgørende' og 'forstyrrende' fremstilling.

Men Adorno bygger ikke sine idéer på Lukács alene, men også på hans nære ven Walter Benjamin og dennes idéer om 'naturlig historie', sådan som de f.eks. kommer til udtryk i bogen om '*Sorgespilletets oprindelse*' (Benjamin, 1998, s. 27-56). Selvom Benjamin ikke bruger begrebet 'anden natur', er begrebets tilblivelse fra den græsk-kristne tradition i tysk idealisme endnu mere tydelig hos ham end det er hos Lukács: "The key inheritance of German thought from the age of Luther is summarized as the transformation of *secunda natura* into *second nature*, the natural-historical phenomenon of the appearance of society as a model of an irrevocably fallen first nature." (Hullot-Kentor, 1985, s. 2) Begrebet 'anden natur' har altså sine etymologiske rødder i syndefaldet, og selvom der, hverken hos Benjamin eller Adorno, er direkte kristne implikationer, så indeholder begrebet alligevel en normativ kerne, der er teologisk inspireret, selvom den også kan forsvares fra et naturalistisk standpunkt: "From the theological perspective of fallen nature the baroque regarded material objects themselves as containing within their very finitude, monadologically as it were, the compacted moral-religious history of the world, which is to say that they – the objects of physical nature – appear as allegories of transience [*Vergänglichkeit*]... Transience thus marks the very core of the idea of natural history." (Pensky, 2004, s. 233) Og det er netop naturens (og dermed også historien – fordi historien udspringer af naturen) 'forgængelighed', der bør udgøre såvel det metodiske som det normative grundlag for historieskrivningen ifølge Adorno. Metodisk betyder det, at vi må fokusere på fragmenter og undlade at fortælle historien som én logisk fremadskridende fortælling baseret på fremskridt: "Transience, as a perspective, concentrates on the singular, wholly contingent fragment of historical experience, and Adorno's insistence that such fragments be taken as ciphers or clues to some otherwise wholly inaccessible dimension of historical truth is, at this point at least, entirely Benjaminian... He implies that what is at stake in this introduction of fragments and concrete contingencies, deployed against totalising narratives of historical development, is an alternative logic of historiography according to which insight into history is to proceed by the construction of constellations of discrete elements of recovered historical experience..." (Pensky, 2004, s. 235,234) I stedet for at behandle sygefraværtsfænomenets historie på den måde det oftest er blevet gjort på i de historiske behandlinger af f.eks. sygekassebevægelsen dvs. lineært, konstrueret som én lang, logisk fremadskridende fortælling om civilisation, fremskridt og noble, heltemodige mænd, som ændrede Danmarkshistorien med deres engagement i sygekassebevægelsen (se f.eks. Mortensen, 1946; Hansen, 1974; L.P. Borberg, Sygekassetidende, 1942 eller Svend Christensens serie af artikler gengivet i Sygekassetidende i forbindelse med 50 året for loven om anerkendte sygekasser se Appendiks 3), må vi i stedet basere historien på diskrete historiske fragmenter og erfaringsmateriale, som hver især og på hver deres måde indeholder kimen til sygefraværtsfænomenets moderne fremtrædelsesform.

Ét af de vigtigste aspekter for Adorno bliver at demonstrere, hvordan historien og den menneskelige fornuft udspringer af og er et produkt af naturen; et faktum, der på én og samme tid er helt ukontroversielt, og som dog har en række ret vidtrækkende implikationer for historievidenskaben og dets søgen efter mening (med naturhistorien): "...the implications of 'deep time' and Darwinism forbid any familiar strategies for the preservation of meaning in history, since the span of species time, let alone geological time, cannot be reconciled to the vision of history as being morally structured. There is simply too much time without anything in it; no moral appeals to the singularity of a given historical event – in the sense of its qualitative difference, its being deserving of remembrance – can withstand the scale of a quarter of a million years of hunting and gathering, let alone ten billion years of geological history, with the implications our eventual, if not impending

replacement by other dominant species who cannot be expected to share our moral preoccupations.” (Pensky, 2004, s. 239). Historien er derfor fuldkommen meningsløs, fordi hver eneste begivenhed, der kunne tildeles mening, i sammenligning med historiens næsten uendelige tidsspænd, udgør et så ufatteligt lille bidrag, at det ingen betydning har. Men menneskehedens historie er på samme tid sprængfyldt med mening, og derfor alt for lang at fortælle, hvis vi virkelig skulle dvæle ved og fortælle *bele* menneskehedens (eller for den sags skyld hele naturens) historie med de værktøjer, som den mere traditionelle historievidenskab har til rådighed. I stedet for at opgive historien helt (som nogle postmodernister måske ville argumentere for se f.eks. Habermas’ (1987a) kritik af Foucault) må vi i stedet acceptere denne (dialektiske) modsætning mellem mening og meningsløshed og bedrive historie på en anden måde (nemlig via konstruktion af konstellationer ud af historiske fragmenter). Og i stedet for at opfatte historiens forgængelighed som et faktum, der umuliggør en moralsk dimension af tidens gang, skulle vi i stedet gøre selve historiens *forgængelighed* til det normative grundlag, historien skal fortælles ud fra. Om dette siger Pensky: ”...the concept of natural history – here in the sense of the creature who suffers in time – serves to reveal that *transience* itself is in the context of the world as it is already a moral term, insofar as transience is the mark of the *forgetting* of the bodily suffering that constitutes the material of historical time. Such a claim asserts the possibility of a critical memory that, by resisting the effacement of suffering in time, also exposes those social and material conditions that sustain and require the reign of amnesia. One form that such a critical memory might assume is a counter-narrative of the institution of the subject... Moral indignation at the irredeemability of past suffering evaporates the utopian dimension of critical theory: memory of past suffering cannot be reconciled with a future present of emancipation conceived as fulfilment. But a strong tradition within first generation Critical Theory identified just this situation as a motor for critical insight and political engagement.” (Pensky 2004, s. 243-4) Ifølge Pensky betyder det, at Adorno’s begreb ‘Eingedenken’ udgør det normative grundlag for at praktisere naturhistorie; en opgave, som bedst løses ved at fremstille verdens gang som en *lidelseshistorie*. Pointen er ikke, at vi på den måde på teologisk vis har reddet, forløst eller givet tidligere tiders lidelse oprejsning, men derimod, at vi gennem denne ‘mindelse’ holder os solidariske med historiens anonyme ofre for den vold og brutalitet som nutiden står på skuldrene af. Denne anden dimension af naturhistoriebegrebet fordrer altså, at historien genfortælles, og at vi i stedet for at fokusere på politikeren C.V. Rimestad, Stiftsfysikus T.M. Trautner, Pastor V Munck, overborgmester N.N. Hansen eller socialminister K. K. Steincke fokuserer på de mange ‘helt almindelige mennesker’, som tiden har ‘ofret’, for at sygefraværtsfænomenet kan tage sig ud, som det gør i starten af det 21. århundrede. For at summere op betyder det altså, at sygefraværts naturhistorie bevidst er fremstillet fragmentarisk og kontingent med henblik på at afsløre, hvordan sygefraværtsfænomenets nutidige frosne og fastlåste fremtrædelsesform er et falsum, der dækker over en tingliggørelse af de livsverdenspraktikker, der har produceret fænomenets tilblivelseshistorie; en tingliggørelse, der samtidig ignorer og glemmer de mange mennesker, der i historiens løb led, når sygdom ramte dem eller deres familier.

² Kapitlet baserer sig på en række forskellige, men dog stærkt selektive historiske kilder, som på hver deres måde kan bruges til at kaste lys over sygefraværtsfænomenets naturhistorie. Det drejer sig primært om en stor række årgange af sygekassebevægelsens eget tidsskrift Sygekassetidende (1903-1973), ligesom der er benyttet adskillige bøger om sygekassebevægelsens historie (se f.eks. Mortensen, 1946; Hansen, 1974; Jansen, 1995). (Der er udelukkende trukket på de årgange af Sygekassetidende, der findes i Aalborg Universitetsbibliotek, hvilket betyder, at det første ti-år af Sygekassetidende ikke har været taget i betragtning). Derudover har lovgivningen, betænkninger og debatter fra Folketinget og Rigsdagen om dette emne også været en kilde til diverse oplysninger og fragmenter. For en komplet liste over samtlige artikler fra Sygekassetidende, der har været brugt i forbindelse med udarbejdelsen af dette kapitel se Appendiks 3. Det er naturligvis ikke samtlige numre af Sygekassetidende, som indgår i analysen, der ligger til grund for dette kapitel. Fremgangsmåden har været den, at jeg hurtigt skimmede samtlige tilgængelige blade og udvalgte en forholdsvis stor mængde, som jeg kopierede. Kriterierne for at udvælge artiklerne var ikke fuldstændigt præcise, men baserede sig i høj grad på to kriterier: de artikler, der havde en interessant overskrift valgte jeg at kopiere, ligesom de artikler, hvori der indgik statistisk materiale, som kunne bruges til at kaste lys over sygeligheden blandt sygekassernes medlemmer, blev kopieret. Det mest arbitrære punkt i dette udvalg hænger sammen med definitionen af ‘interessante overskrifter’, som det må medgives er et noget upræcist kriterium. Men grundlæggende kan man inddele artiklerne i 3 forskellige typer, jeg har brugt til at klassificere artiklerne efter, når de efterfølgende er blevet sorteret og læst: *historiske*, hvor fokus har været på at beskrive såvel sygekassebevægelsen, som sygeforsorgens historie mere generelt, *juridisk/politiske*, hvor fokus har været på at beskrive ændringer i det lovgrundlag, der regulerer sygekasserne, *debatindlæg, foredrag og artikel genoptryk*, hvor forskellige interessenter

har skrevet ind (eller holdt oplæg) omkring et emne, der for dem har været vigtigt, samt *diverse specifikke emner*, der illustrerer problemstillinger i sygekassebevægelsens historie, der ikke længere er direkte relevante for sygefraværtsfænomenet i dag som f.eks. *sygekassegrænsen* (diskussionen af hvem der har og/eller burde have ret til at få offentlig sygehjælp), *kronisk syges forsikring* (diskussionen af om og i så fald, hvordan man skulle inkorporere de kronisk syge i sygekasserne), *husmoderhjælpen* (diskussionen af sygehjælp til kvinder og specifikt til hjemmegående og i forlængelse af det barselshjælp), *sygeforsikringens organisation* (diskussionen af fordele og ulemper ved en frivillig og medlemsorganiseret sygeforsikring vs. en offentlig forsikring), *sygeforsikringen i andre lande* (og hvordan den stemte overens og adskilte sig fra den danske lovgivning). Sygekassetidende har kun været gennemgået én gang, og der vil derfor givetvis være artikler, som er relevante, der ikke indgår i mit endelige materiale til kapitlet, fordi de enten er blevet oversat og/eller ikke har haft en overskrift, der på tilstrækkelig måde viste, hvad emnet var. Der er på den måde tale om stærkt selektive historiske kilder, som har sine klare begrænsninger. Det handler også om, at såvel Sygekassetidende som historierne om sygekassebevægelsen alle er skrevet med udgangspunkt i og af folk med stærk tilknytning til bevægelsen, ligesom historien til dels har været skrevet som samtidshistorie, hvilket muligvis giver de fremstillinger af begivenhedernes gang et særligt perspektiv, som kan være med til at fortælle tingene. Om dette er tilfældet her, ser jeg mig – som sociolog – ikke i stand til at afgøre, det må der andre og mere kvalificerede kræfter til f.eks. historikere. Det er dog værd at bemærke, at det metodiske udgangspunkt for kapitlet *ikke* er en komplet og udtømmende beskrivelse af sygefraværts historie, da det anses for at være en umulig opgave. Men der er næppe tvivl om, at det kunne være gjort endnu mere grundigt og tilbundsående, hvis en historiker havde sat sig denne opgave for. Der er for mig dog heller ingen tvivl om, at de identificerede temaer har haft og til dels stadig har betydning for sygefraværtsfænomenets konstitution. Alene af den grund er kapitlets bidrag relevant.

³ Personlig korrespondance, telefonisk 26. februar 2008.

⁴ Karl Larsen. I det gamle Voldkvartér. 1899.

⁵ Carl Erik Soya. Handlingen foregaar i Danmark. 1936.

⁶ Ordbog over det danske Sprog findes i en netversion (http://ordnet.dk/ods//index_html), som har været brugt flittigt ifm afhandlingen. Der er derfor ikke henvist til bind eller sidetal, men blot til forkortelsen ODS, når ordbogen har været brugt.

⁷ Hans Kaarsberg. Memoirer. (I)-II. 1921-26.

⁸ E. Hammerich ofl. Dansk Lovleksikon. I-X. 1900-29.

⁹ Mere om denne pointe i afsnit 6 i dette kapitel.

¹⁰ <http://home1.stofanet.dk/thidemann/aner/per00021.htm>

¹¹ I Esping-Andersens beskrivelse henviser begrebet dekommodificering til det faktum, at områder, der tidligere var overladt markedet, og for det enkelte individ derfor afhæng af mulighederne for at kunne betale sig til en given ydelse fx lægehjælp, gradvist bliver ændret, så disse ydelser i stedet bliver til rettigheder, der eksisterer uafhængigt af ens formåen på markedet (Esping-Andersen, 1990, s. 21-3)

¹² For en beskrivelse af prisudviklingen i Danmark fra 1900 til 2008 se http://www.dst.dk/Statistik/seneste/Indkomst/Priser/FPI_inflation.aspx. I 2008 kan man maksimalt få 703 kroner i sygedagpenge pr. dag – et beløb, der dog ofte er højere, da de fleste lønmodtagere får fuld løn under sygdom (<http://borger.dk/forside/arbejde-og-erhverv/dagpenge/sygedagpenge>).

¹³ For en komplet oversigt over dagpengesatsernes udvikling siden arbejdsløshedsforsikringslovens tilblivelse i 1907 se Pedersen & Huulgaard (2007)

¹⁴ ”En rimelig sygelønsordning vil virke produktivitetsfremmende, idet den syge vil kunne tillade sig at tage de dage i sengen – hjemme eller på hospitalet – der er nødvendige for reetablering af hans arbejdssevne, og han vil derved tillige i mange tilfælde kunne undgå at smitte sine arbejdskammerater, hvilket nu ofte sker med det resultat, at også de for kortere eller længere tid må savnes i produktionen. Det er mit håb, at de her anførte betragtninger kan være med til at stimulere interessen for en effektiv og stabil ordning af det store problem på arbejdspladsen, der hedder tryghed under sygdom, så at vi fremover skal undgå den håbløshed og ødelæggelse, vi så ofte har været vidne til i det arbejderhjem, hvor forsøgeren blev ramt af en langvarig arbejdsudygtighed.” (Jensen & Møller Nielsen, Sygekassetidende, december 1955, s. 306)

¹⁵ For mere om denne pointe se Kapitel 1, afsnit 6 samt afsnit 3 i dette kapitel, der netop dykker ned i de moralske overvejelser, der historisk har været knyttet til måden at praktisere sygefraværet på.

¹⁶ Der findes ikke noget samlet overblik over disse ordninger i Danmark, da de varierer med de overenskomster, der indgås på forskellige områder. Men på CO-Industri området, der organiserer de mere end 300.000 industriansatte, der minder mest om den type af lønarbejdere, der omtales i Sygekassetidende i 1950’erne, er det først med overenskomstfornyelsen i 1993, at de ansatte sikres fuld løn og det endda kun i 2 uger. I 1995 udvides denne ret til 4 uger og i 2004 er den steget til 9 uger (<http://www.co-industri.dk/sw13811.asp>).

¹⁷ <http://www.ugebreveta4.dk/2002/7/Baggrundoganalyse/Sygedagekosterkassen.aspx>

¹⁸ At solidaritet også har betydning for sygefraværsfænomenet i dag vil jeg vende tilbage til i kapitel 6, afsnit XIV.

¹⁹ 30 år senere fremhæves problematikken på følgende måde: ”*Kontrollen med Sygepenge og med Bedømmelsen af en Patients Arbejdsdygtighed*. Dette er det vigtigste Omraade for en Sygekasses Kontrol. Der simuleres overordentligt meget med Sygemeldinger, idet de fleste Mennesker ræsonnerer som saa: Jeg har nu betalt i mange Aar, og jeg skulde vel egentlig have noget af det tilbage. Skulde imidlertid alle ræsonnere saaledes og alle opnaa at faa noget tilbage, blev det ikke stort, der kunde ydes til dem, som er virkeligt syge og trænger til langvarige Sygehusophold o.s.v.” (Sygekassetidende, 1939, s. 246) Eller endnu 30 år senere: ”Et andet af karenstidsreglernes formål er at hindre misbrug. Det er derfor overvejet, om misbrug vil kunne hindres med andre midler, som ikke medfører en indskrænkning af hjælpen for de virkeligt sygdomsramte.” (Betænkning, 1969, s. 268).

²⁰ I forbindelse med ændringen af loven i 1973 var netop risikoen for misbrug et vægtigt argument for modstanderne af den udvidelse af lønmodtagernes rettigheder, der blev indført her: ”De mange hårde ord, der faldt i diskussionen i offentligheden om misbrug, er blevet gjort til skamme.” (Folketingstidende F.73/74, s. 4633) ”Det har jo vist sig, at den frygt, man nærede for, at dagpengereformen skulle blive misbrugt, var ubegrundet. Den indeholdt en meget slet skjult mistillid til de almindelige arbejdere på det private arbejdsmarked, en mistillid, som man tilsyneladende ikke nærer, når det drejer sig om tjenestemænd og funktionærer. De er jo ikke blevet så syge, de pjækker jo ikke så meget, som man havde frygtet, disse arbejdere. Det har vi jo også set på finansloven forleden, hvor man nedsatte det beløb, der skulle være til rådighed til at dække dagpengeudgifterne. Så det må være på tide, at vi opgiver den sidste rest af mistillid til den gruppe af lønarbejdere, som vi taler om her, og at vi går positivt ind i behandlingen af de foreliggende forslag.” (Folketingstidende F.73/74, s. 4641)

²¹ <http://www.dr.dk/Regioner/Trekanten/Nyheder/Fredericia/2008/03/06/074051.htm>

²² Men der er næppe tvivl om, at synet på arbejde som en pligt overfor samfundet er blevet og bliver stadig mindre væsentligt i takt med, at der sker en forskydning i arbejdsstyrken mod jobs, der kræver bedre uddannelse. Forestillingen om arbejde som en pligt forudsætter nemlig indirekte arbejde som lønarbejde – dvs. som skarpt adskilt fra fritiden og som et middel, der bruges til at realisere andre aspekter af livet. I takt med, at der sker en forskydning fra jobs hemvendt primært til lønarbejderlivsformen til jobs, der henvender sig til karrierelivsformen vil arbejde i mindre grad blive set som en pligt, men som en måde at realisere sig selv på i stedet (Gundelach, 2002, s. 66-7). Det betyder dog ikke, at danskerne generelt er uenige

i, at arbejdet er en pligt. I Værdiundersøgelserne svarer mere end 65% af de adspurgte, at de er enige eller helt enige i den betragtning, ligesom der er mindre end 30%, som er af den opfattelse, at man kun skal arbejde, hvis man har lyst (Nørregård-Nielsen & Østergaard, 2004, s. 239-41). Det springende punkt handler dog om på hvilken måde, der er tale om en pligt. Er det en pligt, fordi man derigennem realiserer sig selv, eller er det en pligt af mere kvasi-religiøse grunde?

²³ Denne påstand skal naturligvis ikke forstås normativt men funktionelt. Dvs. simulation fremstår som noget negativt, i det omfang det sætter samfundets reproduktion på spil.

²⁴ Den klassiske skildring af dette forhold finder man i E.P. Thompsons studie om 'Time, Work-Discipline and Industrial Capitalism' (Thompson, 1967), ligesom Foucaults *Overvågning og Straf* (1977) illustrerer dette dog primært med udgangspunkt i fængselsvæsenet. Men eftersom tugt- og fattighusene såvel som værkstedet var modelleret på samme opskrift som fængslet, er der mange, der hævder, at der er store ligheder. For en fremstilling af de danske forhold og arbejdskraftens disciplinering her i landet se f.eks. Knudsen (1980), og de skitser til et forskningsprogram, som fremlægges i Ravn (1983). Nogle af disse pointer røres der også ved i Sygekassetidende (Nielsen, Sygekassetidende, 1928, s. 117).

²⁵ Og Claus Hjort Frederiksen er bestemt ikke den eneste hos, hvem en sådan måde at praktisere sygefravær på skaber forargelse. I Kapitel 6, afsnit XVI diskuteres dette tema med udgangspunkt i en situation fra SAS.

²⁶ I hvert fald var 'nedbrudt bil' og 'dårligt vejr' nogle af de begrundelser der blev givet af deltagerne i ASUSI-undersøgelsen, da havde mulighed for at angive alternative grunde til deres seneste episoder af sygefravær gennem et åbent spørgsmål i spørgeskemaet. Se også note 28.

²⁷ Se i øvrigt kapitel 2, pkt. 4, hvor det ikke er økonomiske problemer, der udgør en krænkelse, men snarere den mangel på barmhjertighed, systemet producerer. I takt med, at den økonomiske regulering af sygefraværet sættes ud af kraft vil man i stedet opleve, at der sker en stigende politisering, der skal sikre, at hjælpen til de syge ikke misbruges. Af den grund vil det i dag hyppigere være krænkelse, der skyldes det politiske system, man oplever end krænkelse, der har sit udspring i markedet.

²⁸ I ASUSI-undersøgelsen blev alle deltagerne bedt om at angive begrundelser for at have taget fravær. Her var der ikke direkte mulighed for at angive pjæk som begrundelse, men derimod begrundelsen 'havde hårdt brug for en fridag', som vi mente operationaliserede dette på en måde, der ville gøre det mere socialt acceptabelt for deltagerne at svare sådan, i forhold til hvis der havde stået pjæk. I alt 19% valgte den begrundelse (se i øvrigt kapitel 3, afsnit D for en mere detaljeret diskussion af begrundelserne for at tage fravær). Men derudover var det også muligt for deltagerne at skrive en alternativ begrundelse under rubrikken anden. Her viste det sig faktisk, at en del personer brugte pjæk, eller situationer der kan fortolkes på en tilsvarende måde til at begrunde (dele af) deres sygefravær det forgangne år med. Blandt begrundelserne var f.eks.: "Fortjent fridag", "Følte mig uoplagt", "Gad ikke!" (x 3), "Havde ikke rigtig lyst til at komme på arbejde, der bar for meget at lave", "Pjæk!" (x 2), "Sove rusen ud" og "Tømmermænd" (x3). Alle disse tilfælde kan man fortolke som udtryk for en manglende disciplinering af arbejdskraften, og dermed misbrug som følge af 'dårlig arbejdsmoral'. Men der var også enkelte, der angav andre begrundelser f.eks.: "Fik lovning på fridag, men fik den ikke alligevel", "For at få en feriedag uden diskussion", "Manglende mulighed for at afholde optjent afspadsering", "Stod lige ved at skifte arbejde og havde ikke lyst til at være på det gamle arbejde mere. Følte at jeg havde gjort nok for dem." Disse fire begrundelser peger alle i retning af, at fraværet er taget pga. bevidstheden om en asymmetri i forholdet mellem arbejdsgiver og arbejdstager når det kommer til bevilgelsen af frihed. Den manglende respekt, som arbejdstageren har følt ved, at en aftale vedr. frihed eller afspadsering bliver brudt, fører altså til 'misbrug' af sygefraværet med en ganske anden begrundelse end den første. Der er altså ingen tvivl om, at uretmæssig brug af sygefravær også finder sted i dag, selvom omfanget grangivetligt er langt lavere end nogen ville mene.

²⁹ Der er en femte tidligere pointe vedr. misbrug, som handler om, at reel brug af sygehjælp hænger sammen med dem, der ikke selv kan betale for det. Denne pointe er i dag næsten fraværende – i hvert fald i forhold til dagpengehjælpen (det er noget lidt andet, hvad angår brugen af sundhedsvæsenet som sådan – og f.eks. indførsel af brugerbetaling).

³⁰ Se også følgende bemærkninger om distinktionen mellem sygdom, der giver ret til sygepenge, og sygdom der ikke gør: "Sygepenge har man Ret til, naar man har en Sygdom og denne har medført, at Patienten er blevet *helt* arbejdsudygtig. At man er syg, giver altsaa ingen Ret til Sygepenge, hvis ikke Sygdommen i sig selv medfører fuldstændig Arbejdsudygtighed eller, at Patienten ikke kan blive rask uden at holde sig i Ro under Behandlingen. En Forkølelse medfører jo ikke Arbejdsudygtighed i Almindelighed, heller ikke Hovedpine og almindelig Slaphed og Træthed. Heller ikke almindelig Svimmelhed, som er saa almindelig hos unge Mennesker under 20 Aar og hos Mennesker i Overgangsalderen." (Sygekassetidende, 1939, s. 246)

³¹ Se i øvrigt pkt. 6 i dette kapitel.

³² Om dette se også denne passage fra Sygekassetidende: "Før blev lægen jo i mange tilfælde kun hentet, når det var meget alvorlige forhold og tit ventede man så længe hermed, at lægen kun kunne konstatere at menneskelig hjælp var umulig, det var for sent. Men efterhånden er dette forhold ændret, man opdagede, at sygekasserne også hjalp småfolk til at holde sig klar af det offentlige fattigvæsen og dette kunne jo i mange tilfælde blive en besparelse for det offentlige og en langt smukkere måde at hjælpe på, end man hidtil havde brugt; thi der fik man hjælp fordi man havde en ret, mens man tidligere måtte tage hjælpen under den trykkende form af en pligt fra det offentliges side." (Jensen, Sygekassetidende, juni 1915, s. 206)

³³ I virkeligheden kan man måske forestille sig, at der sker en langsom uddifferentieringsproces, hvor død og sygdom ender med at være to adskilte størrelser. Det har de selvfølgelig på et rent biologisk-ontologisk niveau været hele tiden, men det har formentlig været sådan, at sygdom var mere eller mindre synonymt med døden, jo længere du går tilbage i tiden. Når først man var blevet syg (eller i hvert fald så syg, at man definerede det som sygdom, og som noget der krævede handling) var man også halvt på vej til at dø. På den måde blev lægens hjælp overflødig, fordi der ikke var noget lægen kunne gøre ved sygdommen og symptomerne, eller også fordi 'prisen' for lægens hjælp i form af smerter og bivirkninger var så ubehagelige (og 'gevinsten' i form af mulig helbredelse så usikker), at man ikke ønskede at udsætte sig selv for det. Det var først med antibiotikaen, hygiejnen og vaccinen indtræden som 'medicinske teknologier', at medicinen virkelig fik en betydning selvom den ofte er stærkt overvurderet (Illich, 1976, s. 21-35).

³⁴ Men det er klare religiøse forestillinger, der danner grundlag for Illich' kritik af medikaliseringens betydning for menneskets karakterdannelse; religiøse forestillinger, der har deres udgangspunkt i Kristendommen og dets iboende idé om det dennesidige liv, som ét, der er dybt influeret af arvesynden, og som derfor i princippet bør være en prøvelse for mennesket; en prøvelse, der skaber ydmyghed og taknemmelighed overfor Gud. Men man kan også betragte eksistensen af sygdom på en anden og langt mere radikal måde, som det f.eks. gøres hos den tyske filosof Ernst Bloch, der i sin måske nok mest kendte bog *Princippet Håb* skriver følgende: "Illness does not belong to us, there is even something shameful about it, it resembles a kind of nightmare..." (Bloch, 1986, s. 454) Sætningen indgår i den anden del af trilogien, hvor Bloch skitserer de af mennesket skabte utopier, det er værd at stræbe efter, og som på hver deres måde eksemplificerer, hvordan princippet håb over indflydelse på vores liv. Bloch fortsætter senere i afsnittet med at udlægge visionen på følgende måde: "There is a long way to go and one which, as far as sensitive flesh is concerned, it may not be possible to cover very satisfactorily for a long time to come. It is certainly not covered within the mere fitness for work in capitalist enterprises; for health is something which should be enjoyed, not abused. *A long painless life to ripe old age, culminating in a death replete with life, is still outstanding, has constantly been planned. As if newborn: this is what the outlines of a better world suggest as far as the body is concerned.*" (Bloch, 1986, s. 471, min kursivering). Denne utopiske vision om et liv uden smerter og sygdom får sit måske mest konkrete udtryk hos en anden tysk filosof, nemlig Herbert Marcuse, der i *Eros og Civilisation* udpensler følgende utopi: "Under conditions of a truly human existence, the difference between succumbing to disease at the age of ten, thirty, fifty, or seventy, and dying a 'natural' death after a fulfilled life, may well be a difference worth fighting for with all instinctual energy. Not those who die, but those who die before they must and want to die, those who die in agony and pain, are the great indictment against civilization. They also testify to the unredeemable guilt of mankind. Their death arouses the painful awareness that it was unnecessary, that it could be otherwise. It takes all the institutions and values of a repressive order to pacify the bad conscience of this guilt. Once again, the deep connection between the death instinct and the sense of guilt becomes apparent. The silent 'professional agreement' with the fact of death and disease is perhaps one of the most widespread expressions of the death instinct – or, rather, of its social usefulness. In a repressive civilization, death itself

becomes an instrument of repression. Whether death is feared as constant threat, or glorified as supreme sacrifice, or accepted as fate, the education of consent to death introduces an element of surrender into life from the beginning – surrender and submission. It stifles ‘utopian’ efforts. The powers that be have a deep affinity to death; death is a token of unfreedom, of defeat. Theology and philosophy today compete with each other in celebrating death as an existential category: perverting a biological fact into an ontological essence, they bestow transcendental blessing on the guilt of mankind which they help to perpetuate – they betray the promise of utopia... Death can become a token of freedom. The necessity of death does not refute the possibility of final liberation. Like the other necessities, it can be made rational – painless. Men can die without anxiety if they know that what they love is protected from misery and oblivion. After a fulfilled life, they may take it upon themselves to die – at a moment of their own choosing.” (Marcuse, 1956, s. 235-237)

Illich gør sig netop skyldig i den kritik Marcuse rejser af forskellige teologiske og eksistentialistiske forestillinger om sygdom og død som en ontologisk kategori, der er med til at give mennesket mening og personlig karakter. Og selvom Marcuse næppe ville advokere for en medikalisering af livet i den forstand, at man forsøgte at bedøve ethvert uønsket sanseindtryk, men havde en langt mere radikal vision for øje (nemlig forestillingen om et uendeligt liv uden smerter), ja så er det værd at bemærke, at kritikken af medikaliseringen i høj grad får religiøse undertoner, der bygger på en forestilling om, at mennesket kun kan være menneske ved at lide; og selvom det måske er et historisk faktum er det ikke nødvendigvis en historisk nødvendighed endsi en ønskværdig vision.

³⁵ Se også følgende citat: ”Finally, medicine can be highly profitable in a capitalist society. Medicalization can create new markets for products and services. This is true not only for medical practitioners but, perhaps more important, for entire industries. The pharmaceutical, health insurance, and medical technology corporations, as well as other medical industries, have achieved phenomenal growth in the past three decades... we contend that the profitability of medicine in American society has contributed to the medicalization of deviance.” (Conrad & Schneider, 1992, s. 265) Og at det også har haft en vis relevans i Danmark og for sygekasserne ses af følgende passage: ”I nogle Lande klages der i denne Forbindelse meget over *Misbrug* fra de forsikredes side. Vi selv har her et problem med hensyn til Medicinforbruget, som ingen foranstaltning synes at kunne dæmme op for. Dette misbrug er et internationalt fænomen, til dels formentlig som følge af de store medicinfabrikkers reklame og salgsteknik.” (Sletten, Sygekassetidende, 1937, s. 390)

³⁶ Yderligere argumentation for, at sygefravær bliver en refleksiv praksis leveres i kapitel 3, afsnit E og i særdeleshed kapitel 6, afsnit IV, hvor det illustreres med udgangspunkt i eksempler vedr. betydningen af fravær for jobusikkerhed og forholdet til ens kollegaer.

³⁷ De observationer Bellaby gør sig i forbindelse med sit studie af en engelsk pottfabrik er interessante i denne sammenhæng, fordi de understøtter forestillingen om sygefravær som en refleksiv praksis. Bellaby rapporterer f.eks. situationer, hvor kollegaer og arbejdsgiver har svært ved at tro på, at en bestemt persons fraværskyldes sygdom, fordi vedkommende tidligere har haft et ret lemfældigt omgang til det at tage fravær. Andre episoder viser, hvordan de, der efterfølgende sygemelder sig, i visse tilfælde er taget på arbejde på trods af smerter og sygdom for at ’bevise’ deres sygdom overfor kollegaer gennem en ’optræden’, hvor sygdommen iscenesættes på arbejdspladsen. Disse forskelle peger på, at der er knyttet forskellige forventninger til forskellige mennesker og deres gøren og laden i tilfælde af helbredsproblemer af den ene eller anden art, og det betyder samtidig, at sygefraværet må praktiseres refleksivt, således at der for den enkelte opstår en så stor grad af overensstemmelse mellem praksis og forventning som overhovedet muligt.

³⁸ Vi kan i den forbindelse huske på eksemplet vedr. den svampepsykoseramte bagerelev, som netop mistede retten til løn under sygdom som følge af selvforskyldt sygdom jf kapitel 1, afsnit 6.

³⁹ At det ikke kun var i England, man opfattede sygdommene som en straf, men formentlig også så sådan på det i Danmark fremgår af følgende passage fra en artikel bragt i Sygekassetidende i 1925: ”Pesten opfattedes ligesom alle Sygdomme som en personlig Fjende, tit som en straf fra Gud for Menneskenes Synder eller for nye Moder som f. Eks. de nye Pludderbukser, Arvesynden o.s.v., tit som Djævelens Værk.” (Budde-Lund, Sygekassetidende, december 1925, s. 313)

⁴⁰ Man kan læse mere om de moralske aspekter af sygefraværspraksisserne, særligt dem der ligefrem opfatter det ikke at have sygefravær som en ærefuld situation, der bør efterstræbes i kapitel 6, afsnit XIII.

⁴¹ Der er visse problemer med at bruge dem som kilde (Cormack, 2007), men det er omtrent det eneste, der findes. Og selvom det ikke giver en fuldstændig eksakt beskrivelse af, hvordan sygdomsforløbet og en evt. sygerolle har udspillet sig i disse samfund, giver det alligevel et billede af, hvilke forestillinger, man har gjort sig om det, og herunder hvilke normer og idealer, som knyttede sig til sygerollen. Hvis vi samtidig accepterer idéen om, at historien er ureferbar, og at dens funktion i al væsentlighed går ud på at pege på historiens kontingens så er sammenligningen med sagaerne alligevel frugtbar, selvom den muligvis kun er relevant for en meget lille skare, og derfor ikke er en repræsentativ fremstilling af datidens forhold for det store flertal.

⁴² Den følgende beskrivelse fra Sygekassetidende viser netop, hvordan de syge var afhængige af hjælp fra deres familie, og i mange tilfælde også bragte skam til deres familie og ikke kun medlidenhed: ”Hjemme i Byen, hvor jeg voksede op, boede en fattig Arbejdsmand, som hed Hans Sørensen. Han havde en søn, som paa den Tid var en Snes Aar. Han var lam i Benene, og han havde ingen Forstand faaet. Hans Sørensen var Enkemand, og naar han en Sommerdag skulde arbejde hos Per Nielsen, kørte han Sønnen paa en Hjulbør op i Gaardens Port. Der sad han saa og snakkede med sig selv og sang hele Dagen. Føden blev bragt ud til ham, og naar Aftenen kom, kørte Faderen ham paa Hjulbøren tilbage til deres fattige Hjem. Det har altid forekommet mig, at dette Billede paa Fattigdom er et af de mest triste, jeg har set. Men Staklen i Porten havde mange Lidelsesfæller. De sad gemt i Hjemmene og maatte ikke gerne vise sig, naar der kom fremmede. Nede i Byen boede Arbejderne. De fleste arbejdede paa Herregaarden, hvor de blev godt behandlet. Herremanden var en af Danmarks mest ansete Mænd. Men hvis Sygdom eller Ulykker stødte til, blev det trist for disse Folk. Hvordan skulde de skaffe Penge til Læge og Medicin, og hvad havde de at vente af Fremtiden, naar de ikke længere kunde arbejde? Var der andet at vente end Fattighuset oppe i Byen?” (Møller, Sygekassetidende, 1942, s. 306)

⁴³ Det er vel i virkeligheden også muligt at læse eksemplet med standardlængder på sygemeldingerne fra Sverige (se Kapitel 1, afsnit 7) som netop et forsøg på at eliminere de praktiserende lægers forfalden til barmhjertighed i deres patienters åsyn. I begrundelserne for at indføre disse retningslinjer nævnes eksplicit, at man ønsker at kvalitetssikre sygemeldingerne, hvilket blandt andet skal gøres ved, at der i de tilfælde, hvor lægen gør en undtagelse fra standardlængderne på sygemeldingerne, skal anføres en *medicinsk* begrundelse for dette valg (”Läkarna har stor frihet att göra avsteg från rekommendationerna. Det som är viktigt för alla parter är att avstegen tydligt motiveras och dokumenteras i det medicinska underlaget.”, Socialstyrelsen, 2007). Hvis de praktiserende læger tidligere havde mulighed for at tage patientens side i sagen, f.eks. hvis vedkommende havde problemer på arbejdspladsen er dette ikke længere muligt, uden at der i hvert fald gives et forsøg på en medicinsk begrundelse, eller at lægen medvirker til at opfinde en sådan. Det er på den måde ikke længere muligt for lægen blot at være barmhjertig og give patienten ro, fordi vedkommende synes, det er det moralsk rigtige at gøre i en given situation. Ja faktisk er netop sådanne refleksioner *ekskluderet* fra beslutningsprocessen i og med, at der skal fokuseres helt snævert på medicinske forhold i tilfælde af undtagelser fra de normale sygemeldingslængder.

⁴⁴ Nogle eksempler på disse kritikpunkter: ”Hvad angaar Paastanden om, at der ofte tages Hensyn til en Mands politiske Mening ved Besættelsen af Pladser ved Sygekasser, skal jeg tillade mig at mene, at det gør der vist ogsaa andre Steder. Det bekendte Ordsprog: ’Vore egne Hunde skal æde vore egne Ben!’ er jo ikke opfundet af Arbejderne” (Sygekassetidende 1917, 83-84) ”De små sygekasser herude falder heller ikke for fristelsen til at bygge store administrationspalæer, således som f.eks. de københavnske gør det.” (Sygekassetidende, november 1956, s. 287) Eller følgende passage fra Bornholms Tidende, der er genoptrykt i Sygekassetidende: ”Sygekassekommissionen går tilsyneladende ind for, at vi fortsat skal bevare de nuværende sygekasser, ja, de skal endda udvides. Med de høje administrationsomkostninger, som sygekasserne har, forekommer det ikke rationelt. At tale om sygekassernes værdi som demokratiske organisationer, der af den grund bør bevares som selvstændige organer, har ikke megen mening. I de fleste tilfælde er det en snæver gruppe, der har ledelsen uantastet gennem årtier, og hovedparten af medlemmerne har kun forbindelse med sygekassen, når de betaler kontingent, afleverer indlæggelsesseddel eller melder flytning.” (Sygekassetidende, novemeber 1959, s. 304)

⁴⁵ Et andet eksempel på sygekassernes karakter af foreninger med et tæt sammenhold mellem medlemmer og ledelse kan vi se af følgende beretning om en tidligere kasserer i en sygekasse: ”Blandt de besværligheder en sygekassekasserer kommer ud for, er der en, der hedder restancer. Der er jo ret strenge regler for, at restanter, der ikke betaler rettidigt, skal overføres til den bidragydende afdeling med fortabelse af ret til sygehjælp i et vist tidsrum. Det er kasserne som regel kede af at praktisere, Peder Pedersen er det i hvert fald og har mange gange selv lagt ud i sådanne tilfælde. Vist uden at få tak for det.” (Sygekassetidende, juli 1960, s. 208). At man således følte et så stærkt personligt ansvar overfor de enkelte sygekassemedlemmer, at man påtog sig at betale deres restancer selv, vidner om en langt stærkere personlig relation mellem sygekassernes tillidsmænd, -kvinder og – funktionærer end man finder i dag med den mere eller mindre anonyme kommunale sagsbehandler.

⁴⁶ Men social kontrol som en mekanisme til at regulere sygefraværet forsvandt nu ikke helt. Og det blev i stedet taget i brug af arbejdsgiverne f.eks. ved at spille på konsekvenserne af sygefraværet for de af den sygemeldtes kollegaer, der fortsatte med at gå på arbejde, og som måske som konsekvens af fraværet måtte arbejde længere eller ekstra hårdt. Denne tematik behandles mere indgående i kapitel 6, afsnit XIII, XIV.

⁴⁷ En væsentlig grund til det var selvfølgelig provisorietiden og ’visne’-politikken, hvor Venstre som havde flertal i Folketinget modarbejdede Højre, som havde flertal i Landstinget primært fordi sidstnævnte var dominerede af meget velhavende borgere i landet og var delvist valgt af Kongen). På den måde blev alle pragmatiske forsøg på at lave politik saboteret, hvilket selvfølgelig betød, at så omfattende reformer som f.eks. statstilskud til sygekasser ikke havde nogen mulighed for at blive gennemført (Hvidt, 2004, s. 283-98).

⁴⁸ Figuren er lavet ved at samle de indberetninger om antal sygedage, der findes i Sygekasseinspektoratets redegørelser for de enkelte år, der i størstedelen af perioden fra 1903 til 1951 kan findes i ét eller flere numre af Sygekassetidende hvert år. For et par af årene har der ikke været en sådan beretning, eller der har i nogle tilfælde været en beretning, men uden angivelse af det gennemsnitlige antal sygedage for de anerkendte sygekasser. De manglende år er: 1915, 1920-21, 1930, 1950 samt perioden fra 1952 til og med 1973. Tallene fra 1956-60 stammer fra en særlig opgørelse af brugen af den gennemførte sygelønsordning for lønarbejdere organiseret i LO. Tallene er derfor ikke direkte sammenlignelige. Man kunne formentlig have fundet tallene, hvis man havde fremskaffet sygekasseinspektoratets redegørelser for alle årene, men der er som angivet ovenfor kun brugt materiale, som har været tilgængelig umiddelbart fra Aalborg Universitetsbibliotek med de begrænsninger, det nu engang medfører. For de øvrige år er der tale om minimumstal for sygedagene, der er baseret på sygedagpengeudbetalingerne. Det betyder, at dem, der ikke havde sikret sig dagpengehjælp (i 1950 svarede det til 370.000 ud af de 2.411.000 ubemidlede medlemmer dvs. 15% af alle medlemmer), ligesom dem der oppebar løn under sygdom (f.eks. tjenestemænd, funktionærer m.fl.) ikke fremgår af statistikken. Det betyder, at der rent faktisk er tale om et mål for sygefravær, som dog er lidt for lavt, da det ikke tager dem med, der har ret til sygeløn (Sygekassetidende, november 1954, s. 265-266) Der findes ikke tal for 1950, da de Københavnske sygekasser blev omorganiseret det år.

⁴⁹ Tallene er baseret på Johansen, Bihrmann, Mikkelsen & Lyng (2009) indsamling af statistik fra DA. Der er ikke tale om totalmateriale, men om frivillige indberetninger fra DA’s medlemsvirksomheder. Det betyder, at gennemsnittene ikke nødvendigvis er repræsentative for arbejdsmarkedet som sådan, og at de under ingen omstændigheder kan overføres til f.eks. den offentlige sektor. Tallene indberettes i forbindelse med DA’s lønstatistik og dækker et bredt udsnit af virksomheder i industrien såvel som i servicesektoren. Det vil dog formentlig være de mest velfungerende virksomheder, der vælger at indberette disse oplysninger, hvilket kunne gøre, at det samlede antal sygedage undervurderes. Til gengæld er der en stor kontinuitet i hvilke virksomheder, der indberetter, hvilket betyder, at trenden er mere pålidelig, i hvert fald hvis vi antager, at trenden i medlemsvirksomhederne udvikler sig på samme måde som i de virksomheder, der ikke er medlemmer. Vi har ikke umiddelbart nogen grund til at forestille os, at det ikke skulle være tilfældet, men derfor er det selvfølgelig en mulighed alligevel. I forbindelse med omlægning af statistikken i 1995 er der et databrud, som gør det umuligt at sammenligne tallene før og efter direkte med hinanden.

⁵⁰ Udover truslen om radikal samfundsomvæltning skal man dog også være opmærksom på, at ’arbejderspørgsmålet’ i høj grad også handlede om den meget kraftige udvandring, der fandt sted fra Danmark i disse år, og som på længere sigt ville

være med til at skabe arbejdskraftmangel især for landbruget (se f.eks. Borberg, Sygekassetidende, 1942, s. 311 for denne pointe).

⁵¹ 'Konklusionerne' i dette afsnit er inspireret af Adorno's brug af 'one-liners' i *Minima Moralia* (se f.eks. Adorno, 1987, s. 32-33). De skal således ikke nødvendigvis læses bogstaveligt: "I once said that after Auschwitz one could no longer write poetry, and that gave rise to a discussion I did not anticipate when I wrote those words. I did not anticipate it because it is in the nature of philosophy – and everything I write is, unavoidably, philosophy, even if it is not concerned with so-called philosophical themes – that nothing is meant quite literally" (Adorno, 2000b, s. 110). I stedet må de opfattes som 'igangsættere' for den kritiske refleksion, som overdrivelser eller tautologier, der på hver deres måde ansporer til eftertanke og anerkender umuligheden af at nå til en endelig konklusion: "The phenomena are viewed as Freud viewed dream symbols: They are 'overdetermined', so that their contradictory complexity needs to be disentangled through interpretation. But there is no affirmation, no 'closing cadence'. The contradictions are unraveled; they are not resolved." (Buck-Morss, 1977, s. 101)

Kapitel 3

Sygefraværets mangfoldighed

Det er ikke nødvendigt at ty til fjerne steder og for længst svundne tider for at stille spørgsmålstegn ved sygefraværets universalitet. Man kan også vende blikket mod nutiden og granske nærmere, hvad der kendetegner sygefraværsfænomenet i starten af det 21. århundrede og forsøge at afgøre omfanget af fænomenets universalitet på den måde: I hvilken henseende er sygefravær et alment fænomen, som vedrører *alle* danskere? Og i hvilken forstand er antagelsen om universalitet problematisk, fordi den ser bort fra den heterogenitet, der – i hvert fald i andre sammenhænge – nemt kan spores mellem forskellige befolkningsgrupper?

Det vil være min påstand, at en sådan fremgangsmåde udgør et næste skridt i forsøget på at betragte sygefraværsfænomenet i et sociologisk perspektiv.¹ Nu vil der formentlig være nogen, der vil afkræve mig et svar på, hvad jeg helt præcist mener med et sådant perspektiv på sygefravær; ja måske vil nogen måske endda insistere på, at der gives en klar sociologisk definition af sygefraværsfænomenet, før vi fortsætter. Inden man accepterer et sådant krav betingelsesløst, vil jeg bede om, at man i den sammenhæng husker på Max Webers vise ord fra kapitlet om 'Kapitalismens Ånd' i hans meget berømte essay fra 1904. Her skriver han på den første side:

"Such an historical concept, however, since it refers in its content to a phenomenon significant for its unique individuality, cannot be defined according to the formula *genus proximum, differentia specifica*, but it must be gradually put together out of the individual parts which are taken from historical reality to make it up. *Thus the final and definitive concept cannot stand at the beginning of the investigation, but must come at the end.* We must, in other words, work out in the course of discussion, as its most important result, the best conceptual formulation of what we here understand by the spirit of capitalism, that is best from the point of view which interests us here. This point of view (the one of which we shall speak later) is, further, by no means the only possible one from which the historical phenomena we are investigating can be analysed" (Weber, 1930, s. 47, min kursivering).

Selvom sygefraværsfænomenet næppe kan siges at rumme den kompleksitet, som et begreb om 'kapitalismens ånd' besidder, er selve den idé og fremgangsmåde, Weber formulerer dog værd at overveje. Det vil nemlig også være min påstand, at det for nuværende vil være mest frugtbart at *undlade* at definere, hvilke dele sygefraværsfænomenet består af, men i stedet arbejde os hen imod en definition af fænomenet i takt med, at undersøgelsen (den empiriske såvel som den begrebslige) skrider frem. Der findes nemlig ikke nogen adækvat sociologisk definition af sygefraværsfænomenet. Og i stedet for at påstå, at vi allerede ved, hvad fænomenet består af, og på baggrund af denne tilsyneladende viden opstille en 'præcis' definition af fænomenet, vil det være mere relevant og mere rigtigt at vente med definitionen til senere.

Vi må i den forbindelse huske på, at formålet med hele denne øvelse er at distancere sig fra de definitioner og overvejelser om sygefraværsfænomenet vi kan finde i den allerede eksisterende litteratur på området. En sådan distancering er nødvendig, fordi målet med denne afhandling er at komme nærmere en forståelse af 'helt almindelige menneskers' syn på, erfaringer med og holdninger til sygefraværsfænomenet. Men kan det overhovedet lade sig gøre at granske fænomenet nærmere, hvis vi samtidig afviser at tage udgangspunkt i en klar og utvetydig sociologisk definition af fænomenet? Hvordan skal vi så bære os ad i forsøget på at granske fænomenets nuværende fremtræden, hvis vi ikke har en præcis definition at læne os op af? I én af de mere interessante passager i Adorno's

epistemologiske hovedværk, *Negativ Dialektik*, refererer han til den ovenstående passage fra Webers værker, hvilket indikerer, at der i hvert fald på dette område, er et overlap mellem en Weberiansk og en Adornos tilgang til studiet af sociale fænomener. I en anden passage uddyber han sit syn på, hvordan man sætter en undersøgelse i gang, når man på én og samme tid distancerer sig fra allerede eksisterende måder at gøre det på, og vægrer sig mod at præcisere, hvordan man selv vil gøre det anderledes. Selvom konteksten er en noget anden, er fremgangsmåden interessant og relevant i forhold til studiet af sygefravær. Adorno er optaget af, hvordan man bør gribe kritikken af Heideggers filosofi an. Hvilket han skriver følgende passage om:

"Our critique of the ontological need brings us to an immanent critique of ontology itself. We have no power over the philosophy of Being if we reject it generally, from outside, instead of taking it on in its own structure – turning its own force against it, in line with Hegel's desideratum." (Adorno, 1973, s. 97).

Pointen hos Adorno er, at en kraftfuld kritik af et begreb, kun er mulig ved netop at tage udgangspunkt i det begreb, man kritiserer, i stedet for at opfinde nye, der ignorerer eller forkaster det allerede eksisterende; kritikken må være *immanent*.² Overført til sygefraværskforskningen betyder det, at vi - i stedet for at kassere de traditionelle begreber og definitioner af sygefravær fuldkommen - må forsøge at generobre dem og vende dem mod sig selv, for på den måde at illustrere den ikke-identitet, der findes mellem begreb og fænomen. I spændingsfeltet mellem sygefraværsfænomenet og begreberne om det, må vi lede efter veje, der åbner op for en bredere forståelse af fænomenet og begrebsliggørelsen af det.

På et væsentligt punkt adskiller undersøgelsen af sygefravær sig fra dem, der blev udført af såvel Weber som Adorno: Hvor opgaven for Weber primært bestod i minutiøst at samle og sammenflette individuelle og fortrinvisst afkoblede stykker af erfaringsmateriale mhp at nå til en definition, vil det i denne sammenhæng i lige så høj grad handle om at rive eksisterende definitioner itu og afkoble delelementer, som på alt for løs en baggrund har fået en selvfølgelig eksistensberettigelse. Her er opgaven på sin vis langt tættere på den kritik af eksistentialismen, Adorno udvikler i *Negativ Dialektik*. I begge tilfælde er der tale om begreber (sygefravær og Dasein), som er 'fanget' i et meget tæt spind af betydning. Det står på den måde i delvis modsætning til Weber, som definerede kapitalismens ånd uden eksplicit reference til eksisterende definitioner af dette fænomen. Men det er klart, at hvor Adornos behandling af sit fænomen udgør en rendyrket *filosofisk* kritik, så baserer behandlingen af sygefraværsbegrebet sig på indsamlet erfaringsmateriale, og nærmer sig fra den vinkel mere Webers tilgang. For sygefraværsfænomenet vedkommende har vi at gøre med et begreb, der ikke er 'neutralt' i nogen forstand, men som allerede et vævet ind i et væld af *common-sense forståelser*.³ Disse er naturligvis relevante og uundværlige, hvis man vil forstå og begribe fænomenet. Men på den anden side vil de også virke forstyrrende, såfremt de på hegemonisk vis forsøger at kolonisere hverdagslivsforståelsen af et hverdagslivsfænomen. I nogen situationer vil man måske ende med, at de forståelser, der hersker blandt grupper i samfundet, som har en helt særlig interesse i sygefraværsfænomenet (f.eks. managere, læger, politikere, embedsmænd etc.) bliver projiceret ned over 'helt almindelige menneskers' forståelse af det. Dermed erstattes det unikke perspektiv på fænomenet de havde med eksperternes hegemoniske forståelser.

Formålet med den immanente kritik af begreberne om sygefravær er således at afmontere deres hegemoni, mens man på samme tid 'redder' de aspekter af begrebet, det er muligt at komme til 'undsætning'. Det kan lade sig gøre, fordi Adorno er af den opfattelse, at selv de begreber og fænomener, der er spundet ind i ideologiske opfattelser, besidder et 'sandhedspotentiale'. Susan Buck-Morss forklarer det på følgende måde med jazz som udgangspunkt:

"Adorno, then, did not dismiss jazz, or claim that as 'low-brow' culture or 'ideology' it was insignificant. He insisted on the contrary that appearance – phenomenal, ideological *Schein* – was precisely the locus of truth; it

was precisely here that he riveted his philosophical gaze, under which appearance was dialectically 'redeemed', transformed from ideology into social truth... No object, be it jazz, an artwork, or a philosophy, was in itself 'truth'; instead, truth appeared, emerging within the phenomena under scrutiny of critical interpretation. The only phenomena which were totally ideological (and hence totally 'irredeemable,' in Adorno's sense of the term) were those in which all antagonisms, all contradictions were denied, and which, hence, were totally conciliatory to the status quo." (Buck-Morss, 1977, s. 109, 265n105)

Gennem modsætninger og interne inkonsistenser lader begrebet altså 'sandheden' skinne igennem, og kun i de tilfælde, hvor der slet ingen modsætninger findes, er der tale om begreber og fænomener, der slet intet potentiale rummer for at udtrykke noget væsentligt. Oversat til diskussionen om sygefraværsfænomenet betyder det altså, at allerede eksisterende diskussioner, definitioner og udlægninger må granskes nærmere, fordi de modsætninger, man kan forvente at finde her, tegner konturerne af fænomenets ikke-ideologiske fremtræden.

Handler det så overhovedet ikke om at nå frem til en præcis sociologisk definition af sygefraværsfænomenet? Ikke nødvendigvis. For som Adorno påpeger:

"Whether such a definition is always necessary at the end – or whether, even without a formal definitory result, what Weber calls 'composing' can be equal to his epistemological goal – remains unsettled. Definitions are not be-all and end-all of cognition, as popular scientivism holds; but neither are they to be banished. A thinking whose course made us incapable of definition, unable even for moments to have a succinct language represent the thing, would be as sterile, probably, as a thinking gorged with verbal definitions." (Adorno, 1973, s. 165).

Selvom et sociologisk perspektiv inspireret af Adorno, derfor ikke *udelukker* en definition af sygefravær (og dermed heller ikke udelukker en diskussion af, hvordan sygefravær bør måles empirisk), så er det dog heller *ikke en forudsætning* at definere det, for at nå frem til et erkendelsesmæssigt frugtbart resultat. Hvis en definition kan virke fremmende for diskussionen, kan det være ønskværdigt, men er det ikke nødvendigvis. Og hvad værre er: om det forholder sig på den ene eller på den anden måde, lader sig ikke bestemme på forhånd. Det må i stedet vurderes løbende, som undersøgelsen skrider frem. Der er altså ikke andet at gøre end at kaste sig ud i diskussionen af begrebet og lade den bestemme vejen.

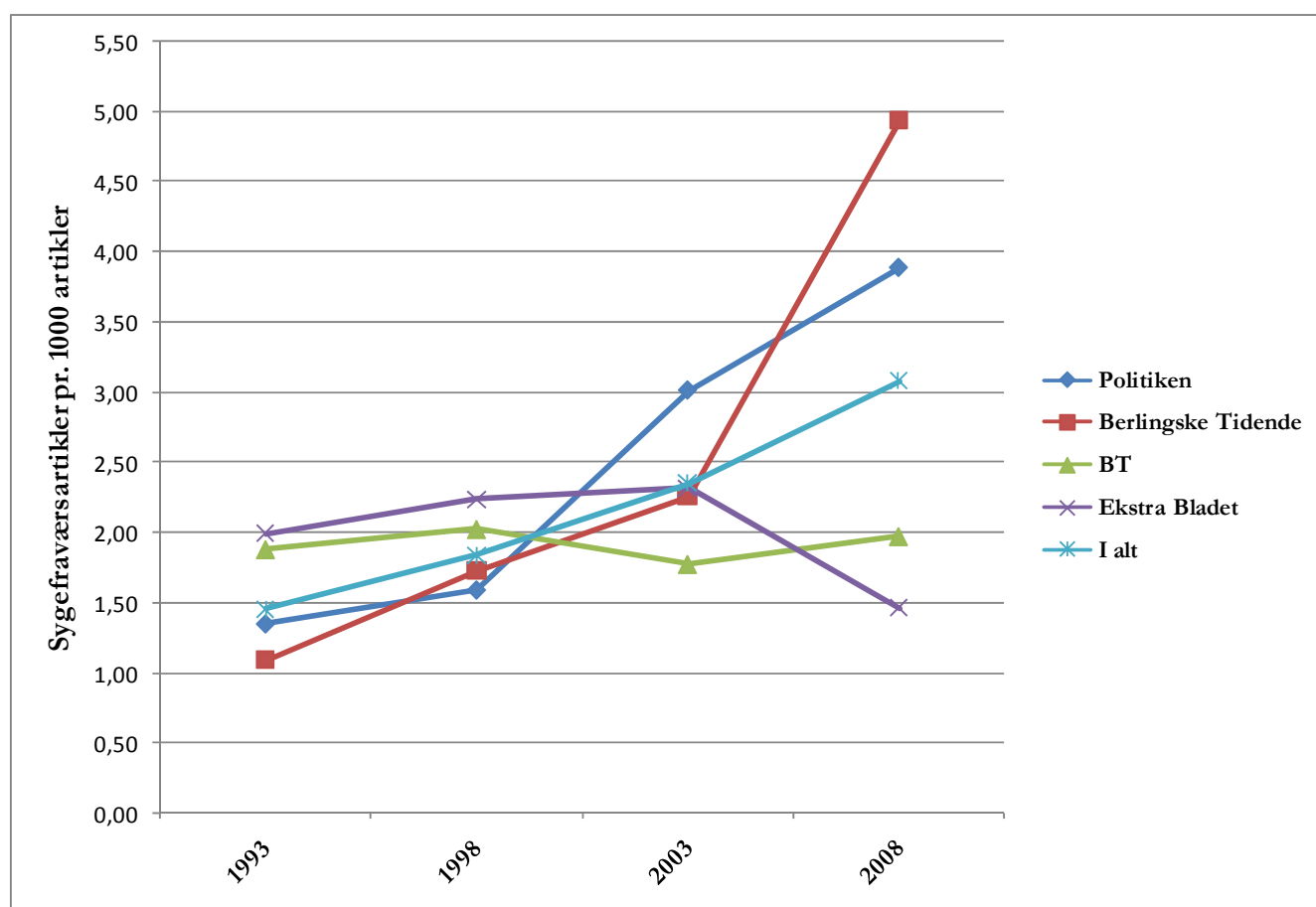
Hvis vi i første omgang tager udgangspunkt i common-sense forståelserne af sygefraværsfænomenet, så kan det gøres på forskellige måder. Én måde ville være at tage fat i de politiske fremstillinger af fænomenet, som det f.eks. blev gjort meget kort i Introduktionen. Her så vi, at sygefraværsfænomenet blev diskuteret som én mulig løsning på samfundets problemer med manglende arbejdskraft. En anden oplagt metode vil være at granske, hvad der bliver sagt og skrevet om sygefraværsfænomenet i offentligheden. Herved kan man i hvert fald afdække, hvordan fænomenet opfattes, defineres, kædes sammen med andre fænomener, politiseres osv. Dette vil være opgaven i dette kapitels første afsnit (A). En anden tilgang (B) vil være at granske eksisterende statistikker om sygefraværet i perioden 2004-2007. Ved at kombinere hhv. den offentlige diskurs om sygefravær og præsentationen af fænomenet gennem diverse statistikker kan vi nå frem til – om ikke andet – så i hvert fald et indblik i forskellige common-sense forståelser af sygefraværsbegrebet, der måske kan lede os videre i 'jagten' på en sociologisk definition af sygefraværsfænomenet.

A. Sygefravær i offentligheden

Studiet af sygefraværsbegrebets optræden i danske medier i nyere tid (f.eks. siden starten af 1990'erne) er i sig selv så omfattende, at man kunne dedikere et selvstændigt studie til den opgave.⁴ Det er der dog ikke mulighed for i denne sammenhæng, hvor jeg i stedet vil nøjes med at præsentere en række mere eller mindre sporadiske tendenser og usystematiske betragtninger over brugen af ordet.

Et hurtigt opslag i Det Danske Sprog- og Litteraturselskabs (DSL) store korpus over danske ord, KorpusDK⁵, viser, at brugen af ordet sygefravær er blevet hyppigere fra 1983-2002. I den del af KorpusDK, som stammer fra 1983-1992 optræder ordet sygefravær i alt 41 gange i korpus'et, mens det i den del, der er indsamlet i perioden 1998-2002 optræder 167 gange. Det vil sige, at der i perioden er sket en firdobling i brugen af ordet. Det er vigtigt her at understrege, at KorpusDK ikke er repræsentativt i nogen statistisk forstand, hvorfor det ikke er muligt at generalisere fra denne stigning til udviklingen i brugen af ordet mere generelt i medierne. Men gennemfører man en lignende operation via den store database over danske aviser og dagblade, Infomedia, får man et lignende resultat. Figur 3.1 nedenfor viser udviklingen i antallet af artikler, der indeholder ordene sygefravær, 'sygemelding' og 'sygemeldt' for årene 1993, 1998, 2003 og 2008 for i alt fire forskellige aviser: Politiken, Berlingske Tidende, BT og Ekstra Bladet.⁶

Figur 3.1 Udviklingen i antal artikler om sygefravær. 1993-2008.



Vi kan se, at antallet af artikler, der indeholder ordet, generelt er beskedent (mellem 1 og 5 sygefraværartikler pr. 1000 artikler). Men vi ser samtidig, at der over de 15 år er sket en gennemsnitlig stigning i antallet af artikler med 100%, hvilket dog dækker over en noget heterogen udvikling. Brugen af ordet i formiddagsaviserne har stort set været konstant, mens der er sket en fordobling af artiklerne i såvel Politiken som Berlingske Tidende. Begrebet sygefravær fylder altså mere i medierne i dag end det gjorde for 10 eller 15 år siden, og denne stigning skyldes primært, at de mere 'seriøse' aviser (Politiken, Berlingske Tidende) skriver mere om emnet end de gjorde tidligere.

Det kunne altså se ud til, at der skete en forskydning i diskursen om sygefravær op gennem 1990'erne. Hvor BT og Ekstra Bladet i starten af 1990'erne lidt hyppigere publicerede artikler om fænomenet blev det i stedet Berlingske Tidende og Politiken, der fattede interesse for området fra 2003-2008. Det betyder også, at den kontekst, sygefraværsbegrebet bliver skrevet ind i, ændrer sig. Hos Ekstra Bladet og BT er det de *personlige beretninger* om sygdom hos kendisser ("»Bortset fra i år har jeg vist ikke haft mere end tre sammenhængende sygedage i de foregående 61 leveår. Jeg havde et iturevet ledbånd i 1981 og en brækket arm tilbage i 1975. Men begge gange blev jeg kørt til radioen, hvor jeg passede mit arbejde. Derfor passer det mig bestemt heller ikke at skulle være sygemeldt i denne uge, for på en eller anden måde har jeg det som en gammel cirkushest, der ikke kan undvære lugten af savsmuld. »The show must go on«», siger Jørn Hjørtung videre.", B.T., 30. November, 1993, s. 3) såvel som 'helt almindelige danskere' ("»34-årig kvinde, der tabte begge tvillinger under svangerskabet, fyret af Københavns Kommune for at lægge sig syg. I løbet af to måneder i sommer mistede Bente Frisch begge de tvillinger, hun var gravid med - den sidste under selve fødselen på Hvidovre Hospital. Nu er den 34-årige kvinde blevet fyret af Københavns Kommune, hvor hun i 3 år har jobbet i Arbejdssekretariatet på Østerbro. Begrundelse: 120 dages sygdom før og efter tragedierne. - Hvis et af de børn, jeg mistede, havde levet bare ét minut efter fødselen, ville jeg være berettiget til orlov. Nu fik jeg i stedet et dødt barn lagt i hænderne. Det gør, at mit fravær fra arbejdet rubriceres som sygdom. Og så afskediges jeg - endda lige op til jul. Er der da slet ingen medmenneskelighed mere? spørger Bente Frisch.", Ekstra Bladet, 23. December, 1998, s. 7), der er i centrum.

Denne forskel handler helt generelt om den vinkel, de forskellige aviser lægger på et givent emne, og den læserskare de henvender sig til.⁷ Men at man i de mere velrenommerede aviser som f.eks. Politiken og Berlingske Tidende i stigende grad bliver interesseret i sygefravær, kunne i sig selv udlægges som et udtryk for, at sygefraværsfænomenet bliver af stadig større vigtighed for den danske 'elite' i såvel Folketing som i erhvervsliv og fagbevægelse. I disse to avisers optik er det ikke længere den personlige tragedie, der følger af langvarig sygdom og sygefravær, som er mest interessant, men derimod sygefravær betragtet som en abstrakt størrelse; som én parameter af den danske befolknings folkesundhed eller som en potentiel arbejdskraftreserve, der kan aktiveres, når det er mest opportunt, f.eks. når arbejdsløsheden er lav, eller når store årgange på arbejdsmarkedet erstattes af mindre. ("»Hvor meget ekstra arbejdskraft mener HTS, at et lavere sygefravær kan bidrage med? »Det er svært at gætte på, men tallet er stort. Omkring 92.000 danskere får sygedagpenge, og kunne man bare nedbringe det tal med 10 procent, så ville vi have 9000 flere hænder at gøre godt med.", Berlingske Tidende, 19. september 2007, 3. sektion, s. 2) At, det forholder sig sådan, er naturligvis en del af den politiske virkelighed, ethvert fænomen befinder sig i, og det er der i sig selv ikke noget fordækt eller mærkeligt ved. Men for at forstå sygefraværsfænomenet, som det træder frem for os i slutningen af 2000'erne, er det nødvendigt at være opmærksom på de mange samfundsmæssige tendenser, der påvirker fænomenet, og som italesætter fænomenet som et problem (eller en løsning) på forskellige måder.⁸

Men hvis det på den måde er ganske vist, at sygefraværsbegrebet er blevet mere dominerende i dagspressen i løbet af 1990'erne, er det stadig på sin plads at undersøge præcist, *hvordan* fænomenet italesættes. Hvis vi vender tilbage til DSL's fabelagtige værktøj, KorpusDK kan man lave en analyse af, hvilke ord, der hyppigt optræder umiddelbart foran et givent ord. Hvis denne øvelse udføres med ordet 'sygefravær' finder vi, at to adjektiver (og en frygteligt masse mere eller mindre ligegyldige verber og præpositioner) forekommer statistisk signifikant hyppigere, end man ville forvente.⁹ Der er tale om ordene *højt* og *lavere*.¹⁰ Sygefravær beskrives således hyppigere som værende højt end lavt ("»Inden for social- og sundhedssektoren ved vi, at mange føler sig ekstremt pressede, og at der er et **højt** sygefravær«, siger arbejdsmarkedsordfører Jesper Petersen (S)", Jyllands Posten, 4. september, 2004, Erhverv og Økonomi s. 3), og oftere som noget, der bør være lavere og ikke højere. ("»De virksomheder, der har sundhedsfremmende

ordninger i form af tilbud om sund kost og motion, har **lavere** sygefravær end andre virksomheder.”, Berlingske Tidende, 29. september, 2004, 4. sektion, s. 24).

At finde blot to ord til at beskrive indholdet i sygefraværskursen giver dog ikke noget særligt dækkende billede af, hvordan fænomenet fremstilles i dagspressen. Men hvis vi laver et nedslag i den offentlige debat i september måned 2004, (det tidspunkt, hvor spørgeskemadata til brug for denne afhandling blev indsamlet), finder vi i alt 29 artikler, hvor ordet indgår. (Det svarer til blot 0,1 % af det samlede antal artikler publiceret i den måned).¹¹ Ved at se på de ord, der følger lige før eller lige efter ordet sygefravær i disse 29 artikler, får man et interessant indblik i, hvordan dette fænomen karakteriseres i den offentlige debat: 'lavere', 'problematiske stort', 'begrænse', 'øget', 'stigende', 'nedbragt', 'højt', 'gennemsnitlige', 'forebygge', 'udlicitere', 'indsats mod', 'mindre', 'klager over', 'udgifterne til', 'nedbringelse af', 'komme til livs', 'reduceret', 'et sygefravær som andre virksomheder kan misunde os'. Vi har altså at gøre med et fænomen, som 'gennemsnitligt' er 'problematiske stort', som mange 'klager over' og ønsker at 'nedbringe' ikke mindst pga. 'udgifterne' forbundet med det. Sygefraværet kunne således være 'lavere', ja man kunne måske endda 'komme det helt til livs', hvis man 'forebygger' og sætter ind med en 'indsats rettet mod' fænomenet, som i øvrigt gennem den senere tid er 'øget og stigende'. Sygefravær er også noget, man 'klager over', eller endog noget der skaber 'misundelse' hos dem, der ikke har et lige så lavt sygefravær som andre. Det er altså en lidet flatterende beskrivelse, vi finder i dagspressen, hvor det næsten helt udelukkende er sygefravær som et *problem*, der italesættes. Af de 29 artikler er der blot 13% (dvs. 4 artikler), som ikke enten postulerer, at sygefraværet *er* for højt, eller i det mindste omhandler måder at få det bragt ned på (og dermed indirekte antyder, at man betragter det som højere, end det *burde* være).

Paradoksalt nok harmonerer dette katastrofale alarmbillede af det danske sygefraværsfænomen ikke særligt godt med udviklingen i sygefraværet gennem de seneste 30 år. Hvis man konsulterer Dansk Arbejdsgiverforenings statistik kan man konstatere, at det gennemsnitlige antal *sygedage* har ligget meget stabilt. Det er ikke blot tilfældet i de seneste 10 år, men faktisk siden sygekassernes afskaffelse i 1973. Det stigende antal artikler, der omhandler sygefravær, stemmer dog til en vis grad overens med den stigning i *udgifterne* til sygedagpenge, der kan observeres fra 1990 og frem til i dag. At fokusere alene på antallet af udbetalte sygedagpenge er selvfølgelig legitimt, hvis man betragter sygefravær ud fra et *politisk* perspektiv. Men man kan ikke nødvendigvis ud fra en stigning i antallet af udbetalte sygedagpenge konkludere, at danskerne er mere tilbøjelige til at tage sygefravær. Det kan nemlig lige så vel skyldes det væld af andre faktorer (f.eks. lovændringer, privatiseringer mm), der i samme periode var med til at flytte udgifterne forbundet med sygefravær fra et sted til et andet, hvilket i dette tilfælde altså giver sig udslag i statistikken (Johansen, Bihrmann, Mikkelsen & Lynge, 2009). Årsagerne til diskrepansen mellem den faktiske udvikling, og den måde udviklingen fremstilles på i dagspressen, hænger altså til dels sammen med, at der er forskelle i, hvilke aspekter af fænomenet, forskellige aktører finder vigtigst (f.eks. sygefravær som udgift vs. sygefravær som kilde til mindre produktivitet via manglende arbejdskraft). Men den generelt negative fremstilling af sygefraværsfænomenet i offentligheden må holdes for øje uanset hvad, når man efterfølgende analyserer dets status. Sygefravær er tilsyneladende i al væsentlighed noget rent og skært *negativt*; et *problem*, der kan og bør løses.

En anden måde at forholde sig til sygefraværskursen er ved at se på, hvilke subjekter, der udtaler sig om fænomenet, eller optræder som aktører i forbindelse med ordet i de 29 tekster. Her finder man et væld af subjekter, der udtaler sig om fænomenet f.eks. lægpersoner (*redaktør Benny Lihme, pressesekretær Jacob Hansen, IT-underviser Claus Andersen, J.F. Eriksen fra Egå*) eller repræsentanter fra interesseorganisationer (*Dansk Firmaidrætsforbund, FOA, Ledernes Hovedorganisation*). Den mest dominerende gruppe af subjekter synes dog at være repræsentanter for arbejdsgivere (*Embalageindustrien, City2, Alka Forsikring, Micro Matic, Århus Kommune, Odense Kommune*) ligesom politikere (*Socialdemokratiet,*

SF, Enhedslisten og Venstre) både i deres egenskab af at være politikere, men også i deres egenskab af at være arbejdsgivere for de offentligt ansatte (*Århus Kommune*) også optræder ganske hyppigt. En sidste gruppe af subjekter findes blandt de forskere (f.eks. fra *Arbejdsmiljøinstituttet*, *Teknologisk Institut*, *University of Texas*), der udtaler sig som eksperter om sygefraværet. Der er altså en vis forskellighed i, hvem der udtaler sig om fænomenet. Men fælles for dem alle (måske på nær eksperterne) er, at de har forskellige *politiske* interesser i sygefravær-fænomenet, der fremhæver et højt eller lavt niveau af sygefravær som udtryk for forskellige *typer* af problemer.

Vi har dermed mindst tre overordnede perspektiver på sygefraværet repræsenteret i de 29 artikler: et samfundsmæssigt perspektiv (symboliseret ved politikerne, lægpersoner og repræsentanter for interesseorganisationer), hvor sygefraværet politiseres og gøres til et problem for samfundet enten pga. udgifter til det ("I 2003 blev der udbetalt sygedagpenge til 437.867 personer. Det er det højeste niveau i de seneste 10 år, og det samlede sygefravær koster årligt samfundet 32 mia. kroner.", Jyllands Posten, 16. september 2004, 6. sektion, s. 6), eller pga. konsekvenser for den sygemeldte ("Sygefravær må ikke ende i statistik, bureaukrati og langvarig sagsbehandling. Hele 157.000 bevæger sig helt ude på den alleryderste kant af arbejdsmarkedet, og ledighed er ikke deres eneste problem.", Jyllands Posten, 16. september 2004, 6. sektion, s. 6), eller pga. at et højt niveau af sygefravær tolkes som udtryk for danskernes dårlige sundhedstilstand ("Det er blevet åbenbart, at samfundet kan spare mange millioner kroner, ved at udgifterne til sygefravær og sygehusudgifter nedbringes, hvis virksomhedernes sundhedsfremmende foranstaltninger ikke beskattes.", Politiken, 12. september 2004, s. 12); et virksomhedsperspektiv (symboliseret ved repræsentanter for arbejdsgivere eller fagforeninger), hvor sygefraværet italesættes som et problem for den enkelte virksomhed, hvad enten det er som et konkurrenceparameter ("Direktør Peter Huntley, Emballageindustrien, efterbyser et større engagement fra den centrale del af fagbevægelsen for at bevare arbejdspladser. 'Det er ikke nok, at SiD og HK fokuserer på uddannelse. De bør også tage temaer som f.eks. bedre produktivitet gennem lavere sygefravær op', fremhæver Peter Huntley. Det gennemsnitlige sygefravær blandt timelønnede hos Emballageindustriens medlemmer er cirka syv pct. og ligger omkring 20 pct. over DA's gennemsnit. Og det går den forkerte vej. Emballagearbejdernes sygefravær steg med hele ti pct. fra 2002 til 2003. De tjener godt og kan få suppleret deres sygedagpenge op til fuld løn i op til et år fra en arbejdsgiverfinansieret socialfond. Ved de seneste overenskomstforhandlinger fik arbejdsgiverne fjernet fratrådtes ret til fuld løn i 52 uger. Indtil da kunne en ansat i teorien melde sig syg dagen efter en fyring og have fuld løn i et år.", Erhvervsbladet, 22. september 2004) eller som et udtryk for, at arbejdsmiljøet er for dårligt ("Han overhører, at medarbejdernes sygefravær stadig stiger; et ret sikkert parameter for dårligt arbejdsmiljø.", Jyllands Posten, 11. september 2004, 6. sektion, s. 6); og et ekspertperspektiv (symboliseret ved forskerne), hvor sygefravær tilsyneladende behandles 'neutralt' som ethvert andet socialt problem, der har sine (tekniske) løsninger og kan forebygges. Her afpolitiseres sygefraværet og gøres til et teknisk problem, der ideelt set skal findes en løsning på ("Det ringe indeklima og den medfølgende utilfredshed påvirker både det psykiske og fysiske arbejdsmiljø, og resultatet er ifølge Teknologisk Institut lavere produktivitet og i sidste ende øget sygefravær og økonomiske tab for virksomhederne.", Jyllands Posten, 22. september 2004, s. 2).

I samlingen af artikler fra september 2004 er der ingen artikler, hvor man eksplicit fokuserer på en sygemeldt person. Men selvom dette perspektiv er fraværende i dagspressens omtale af sygefravær i denne måned, kan man finde eksempler på det, hvis man f.eks. løber gennem de artikler, den ovenstående statistik er baseret på. Det er dog næppe forkert at konkludere, at det primært er sygefravær i hhv. samfunds- og virksomhedsperspektiv, der dominerer dagspressen og dermed også den offentlige debat om fænomenet. At disse perspektiver hver især indeholder forskellige – og ofte modsatrettede – vinkler på sygefravær-fænomenet gør blot politiseringen af fænomenet mere intens. Det betyder også, at der er stærke (politiske) interesser forbundet med den dominerende fremstilling af fænomenet i offentligheden.

Skal man forsøge at samle op kan vi altså konstatere, at interessen for sygefravær har været stærkt stigende siden starten af 1990'erne. Det har samtidig ført til, at fænomenet italesættes som et problem, der er forværret substantielt gennem de seneste år, hvilket kræver handling fra politikernes side. Men virksomhederne har også interesse i fænomenet, enten fordi de anser sygefravær som én konkurrenceparameter blandt mange, eller fordi de bliver gjort ansvarlige for det høje sygefravær via dårligt arbejdsmiljø. Disse forskellige perspektiver på sygefravær er vigtige i sig selv, også når fænomenet behandles ud fra en sociologisk vinkel; for netop eksistensen af forskellige perspektiver er med til at fremhæve, at den påståede universalitet i hvert fald skal forstås i en ganske særlig betydning. Men den måde sygefravær italesættes på, har også betydning for, hvordan 'helt almindelige mennesker' forholder sig til og praktiserer deres sygefravær. Sygefraværskursen er en del af den kontekst, indenfor hvilken danskernes sygefravær udspiller sig. Derfor er det samtidig slående, i hvor stort omfang sygefraværet som *hverdagsfænomen* er fraværende i dagspressen. Hvordan netop 'helt almindelige mennesker' er forbundet til fænomenet, fortøner sig i de andre perspektiver. Er sygefravær også et *problem* for dem? Og i så fald hvordan? Eller er det også nogen gange *løsningen* på et problem? Disse spørgsmål må vi vende tilbage til senere.

B. Sygefraværstatistik

Hvis dagspressens behandling af sygefraværsfænomenet giver ét bud på, hvordan fænomenet fremtræder i 2000'erne, så er en anden måde at nærme sig det på at benytte de offentligt tilgængelige statistikker, der 'måler' sygefraværet. At sygefraværsfænomenet beskrives gennem 'målinger' og alene ved hjælp af tal, gør selvfølgelig en sådan fremgangsmåde indskrænket. Men selve forestillingen om, at dette er muligt er en vigtig forudsætning i mange forskellige perspektiver på sygefraværsfænomenet. I første omgang bliver det interessant at kaste blikket på sygefraværets *hyppighed* og *varighed*, da det er disse to aspekter af sygefraværsfænomenet, man oftest ser behandlet i medierne, såvel som i udmeldinger vedrørende fænomenet fra statslige myndigheder og interesseorganisationer.¹²

I publikationen 'Statens personale i tal 2005' kan man læse, at det gennemsnitlige antal sygedage for de statsansatte er 7,9 for året 2004 (Personalestyrelsen, 2006). Det helt samme niveau på 7,9 dage finder vi for de personer, der indgår i Dansk Arbejdsgiverforenings (DA) fraværstatistik (DA, 2005). Ingen af disse statistikker er dog repræsentative for de erhvervsaktive i Danmark som sådan. Så det er ikke muligt at vide, hvad det eksakte gennemsnitlige antal sygedage for de erhvervsaktive danskere, er. På den ene side er gennemsnittet for de statsansatte formentlig lavere, end blandt de erhvervsaktive som helhed, idet der er forholdsvis flere højtuddannede ansatte, og denne gruppe ved man fra andre sammenhænge har et lavere sygefravær end personer med ufaglært arbejde. På den anden side ved man også, at sygefraværet generelt er lidt højere i den offentlige sektor end i den private, hvilket betyder, at sygefraværet måske vil blive lidt overvurderet (DA, 2002). Men hvis vi sammenligner specialarbejdere ansat i staten med de arbejdere, der indgår i DA's fraværstatistik finder vi, at de hhv. har et gennemsnit på 10,8 og 10,3 sygedage, hvilket ikke tyder på de store forskelle. Grupperne er dog ikke fuldt sammenlignelige og vi ender igen op med det problem, at vi ikke ved i hvor høj grad resultaterne kan generaliseres til resten af arbejdsstyrken.¹³

En anden måde man vanligvis opgør sygefraværet på, finder man hos Finanssektorens Arbejdsgiverforening (FA), som også har et fraværregister, der indeholder samtlige ansatte hos medlemsvirksomhederne (dvs. langt de fleste banker, sparekasser og forsikringsselskaber i Danmark). Her opgøres sygefraværet som en procentsats, der er baseret på antallet af dage med fravær pga. sygdom, sat i forhold til antallet af (mulige) arbejdsdage. Fordelen, ved denne måde at opgøre fraværet på, er, at

man her (indirekte) tager højde for de forskelle, der – særligt over tid – har været i antallet af arbejdsdage som følge af længere ferie. På den måde bliver det den enkelte medarbejders *produktivitet*, som er i centrum for måden at opgøre sygefraværet på. I FA's opgørelse kan man læse, at de ansatte i Finanssektoren i gennemsnit havde et fravær pga. sygdom på 2,54% i 2004, hvis man udelukkende tæller egen sygdom med i denne opgørelse (FA, 2006). DA opgør også sygefraværet som den procent af de mulige arbejdsdage, de ansatte har været fraværende som følge af sygdom. Hos DA's medlemsvirksomheder ligger sygefraværet en smule højere, og udgør ca. 3,5% af de mulige arbejdsdage. Men man skal igen være opmærksomme på, at tallene ikke kan generaliseres til hele arbejdsstyrken, men på fin vis illustrerer, at sygefraværet varierer mellem forskellige grupper af erhverv.

I sig selv siger disse tal dog ikke meget om sygefraværsfænomenet. For er en fraværprocent på 2,5 eller 3,5, høj eller lav? Er et gennemsnitligt antal sygedage på lige under 8 mange eller få? Hvad er det 'naturlige' niveau for sygefraværet? Findes der overhovedet et sådant niveau? Skal man stræbe mod en situation, hvor der slet intet sygefravær er? Eller er man nødt til at acceptere, at folk bliver og er syge, og derfor også vil være fraværende? Hos Dansk Arbejdsgiverforening er man af følgende opfattelse:

"Et lavere sygefravær kan bidrage til et større arbejdsomfang og en forbedret konkurrenceevne i virksomhederne... Der er grænser for, hvor stort et bidrag lavere sygefravær kan give. Medarbejdere på arbejdsmarkedet vil altid have et vist omfang af influenza, forkølelse og en række mere alvorlige sygdomme. Tilsvarende vil der altid ske et vist antal ulykker. Der er således en naturlig bund for, hvor lavt sygefraværet kan blive. Trods det er der en række faktorer, der peger på, at der er mulighed for at nedbringe sygefraværet. Mulige bidrag til et lavere sygefravær kommer f.eks. fra forskelle i sygefraværet mellem: sektorer, kommuner og individer." (DA, 2002, s. 2)

For DA er forskellene mellem forskellige gruppers sygefravær udtryk for, at 'der er mulighed for at nedbringe sygefraværet'. Man forsøger derfor at sammenligne de forskellige grupper, og lade deres indbyrdes relationer fungere som et pejlemærke for, hvilket niveau sygefraværet bør ligge på. Denne strategi forfølges i forskellige sammenhænge ved at sammenholde sygefraværet f.eks. i den offentlige sektor med niveauet i den private sektor:

"Fraværet i den offentlige sektor er højere end i den private sektor... Forskellene bygger delvist på, at personalesammensætningen i sektorerne er forskellig. F.eks. er andelen af kvinder ansat i kommunerne højere end i den private sektor, og kvinder har generelt et højere sygefravær end mænd. Selvom man tager højde for forskellene i personalesammensætningen, så er kommunernes fravær dog stadig højere end den private sektor." (DA, 2002, s. 3).

På baggrund af den konstatering konkluderer DA, at niveauet af sygefravær er tilpas i den private sektor og for højt i den offentlige sektor og ikke omvendt. Det laveste sygefravær bliver gjort til det normale, selvom vi ikke nødvendigvis ved om det forholder sig sådan, og på trods af, at der ikke fremlægges argumentation for denne påstand. Senere i analysen kan man læse det følgende om udviklingen i sygefraværet:

"Det korte fravær er siden starten af 1970'erne steget og faldet i takt med de økonomiske konjunkturer. Det korte fravær er dog nu 15 pct. højere end i midten af 1980'erne, hvor beskæftigelsen i den private sektor var på samme niveau som i dag. Stigningen i det korte fravær skyldes udelukkende en stigning på 25 pct. i arbejderes korte fravær. Funktionærers korte fravær er ikke steget de sidste 15 år. Stigningen i arbejderes korte fravær er sket samtidig med, at hovedparten af arbejderne har fået fuld løn under korterevarende sygdom." (DA, 2002, s. 4-5)

Igen italesættes det lavere niveau af sygefravær i midten af 1980'erne, som værende mere 'rigtigt' end det niveau, som findes omkring år 2000, uden at man kan begrunde dette standpunkt andetsteds. Men

alligevel viger man ikke tilbage for at konkludere det følgende om brugen af økonomiske incitamenter til at påvirke sygefraværet:

”Der har ikke været nogen nævneværdig effekt på sygefraværet, når omkostningerne af sygefravær er blevet øget for virksomhederne... I modsætning hertil er effekten betydelig af at øge lønmodtagernes økonomiske tilskyndelse til lavere sygefravær. Antallet af sygefraværsdage pr. beskæftiget blev således 10 pct. højere, da Folketinget i 1987 afskaffede karensdagen. Virksomhederne bærer langt de største omkostninger ved sygefraværet, men kan ikke herigennem påvirke sygefraværets omfang. Modsat har lønmodtagerne gennem økonomiske incitamenter muligheden for at påvirke sygefraværets omfang, men har i dag kun en begrænset tilskyndelse til at ændre på sygefraværsmønstret.” (DA, 2002, s. 18).

Når arbejdernes sygefravær italesættes som påvirkeligt af de økonomiske incitamenter, de har for at undlade at tage fravær, så fremlægges det som endnu et bevis på, at sygefraværet er for højt, og at man – såfremt man havde politisk mod til igen at øge incitamenterne hos arbejdstagerne ved f.eks. at genindføre karensdagen – ville kunne reducere sygefraværet. Forskellen i sygefraværet mellem nutidens arbejdere, og det sygefravær arbejderne havde i 1980’erne, italesættes som udtryk for magelighed eller præferencer og ikke reel sygdom. Det er udtryk for, at nutidens arbejdere ’snyder’ på vægtskålen og oftere vælger sengen frem for arbejdspladsen. Men igen er det en fortolkning, der forudsætter, at det *laveste* niveau af sygefravær altid er det mest ønskværdige og rigtige, det mest fair og rimelige. Og hvis vi fører denne type argumentation til ende ville en sammenligning af sygefraværet på tværs af grupper kunne føre til en situation, hvor sygefraværet stadig var for højt i en gruppe, selvom de blot tog sygefravær pga. ’influenza, forkølelse og en række mere alvorlige sygdomme’, som man i DA’s analyse ellers betragter som naturligt. Det ville være tilfældet, hvis man havde en gruppe af erhvervsaktive, der f.eks. pga. kraftige økonomiske incitamenter ikke tog noget sygefravær overhovedet, men valgte at trodse deres sygdom og symptomer, hver eneste gang de følte sig syge. I et sådant tilfælde ville det gennemsnitlige sygefravær nemlig være kunstigt lavt alene pga. de økonomiske incitamenter, der forhindrede folk i at tage fravær, selvom de reelt var syge. På den baggrund står opgaven med at få afgjort, hvor ’en naturlig bund for, hvor lavt sygefraværet kan blive’ stadig tilbage. Vi kan i sidste instans *ikke* basere det alene på sammenligninger mellem grupper.

Der er således masser af vanskeligheder forbundet med at granske sygefraværersfænomenet nærmere ved at se på forskellige offentligt tilgængelige statistikker. Lad mig blot skitsere nogle af dem her: 1) Der findes ikke nogen fuldt dækkende statistik, hvilket betyder, at der ikke er noget kvalificeret bud på, hvordan sygefraværet ser ud blandt de erhvervsaktive som helhed. 2) Forsøg på at kombinere forskellige statistikker strander ofte på, at fraværet opgøres på meget forskellige måder. Det opgøres f.eks. som gennemsnitlige antal sygedage i staten, mens det er fraværsprocenten, som anvendes af DA og FA. Samtidig må man også overveje, hvilken af disse ’målinger’ af sygefraværet, der er mest anvendelige. Svaret på det spørgsmål afhænger i høj grad af, om det er de økonomiske udgifter forbundet med sygefraværet, eller fraværets konsekvenser for en virksomheds produktion, der anses for at være vigtigst. Det afhænger altså af det perspektiv, man lægger på sygefraværersfænomenet. 3) Fraværet af en dækkende statistik på området umuliggør ligeledes sammenligninger med andre lande, som kunne være med til at skaffe viden om niveauet af det danske sygefravær. En sådan (komparativ) metode bruges i mange andre sammenhænge til at vurdere, om et givent fænomen synes at kræve særlig opmærksomhed, fordi det skiller sig væsentligt ud fra andre lande, vi normalt sammenligner os med.¹⁴ Men her vil der stadig være den ovennævnte vanskelighed forbundet med øvelsen, der skyldes, at vi heller ikke her ved hvilket niveau, den ’naturlige bund’ for sygefraværet ligger på. Ligesom den internationale sammenligning vil vanskeliggøres af de meget store forskelle i de forskellige landes måde at lovgive om og regulere sygefraværersfænomenet på.

'Sygefraværets' hyppighed og varighed i kernearbejdsstyrken

I stedet for at bruge mere tid på at se på de få offentligt tilgængelige statistikker, der er til rådighed, vil det derfor være mere relevant at vende blikket mod ASUSI-undersøgelsen, og de oplysninger om sygefravær, der findes her. Her er stikprøven repræsentativ for *kernearbejdsstyrken* i dette tilfælde defineret som dem, der er i arbejde og ikke har været ude af arbejdsmarkedet i mere end 10 uger i det forgangne år.¹⁵ Selvom dette heller ikke er optimalt (for ikke alene ignorerer det de erhvervsaktive, som hvert år bliver langvarigt syge, men derudover ekskluderer det også personer, som er på forskellige former for offentlig forsørgelse som f.eks. de arbejdsløse), er det dog det bedste materiale, der er til rådighed for denne afhandling.¹⁶

I undersøgelsen blev der stillet to spørgsmål til deltagerne vedrørende *frekvensen* og *længden* af deres sygefravær i de forgangne 12 måneder. Først og fremmest blev deltagerne bedt om at indikere, hvor mange sygedage, de havde haft, indenfor de kategorier, man kan se i tabel 3.1. Af tabellen fremgår det, at omkring 30% af de erhvervsaktive ikke havde én eneste sygedag i løbet af en 12 måneders periode, og at næsten $\frac{3}{4}$ af dem højst har 5 sygedage på et år.

Et tilsvarende billede får vi – hvis vi i stedet fokuserer på antallet af *sygemeldinger*, som det er gjort i tabel 3.2. Af tabellen fremgår det, at det er lige så almindeligt at have én sygefraværsepisode i løbet af et år, som det er overhovedet ingen erfaring at have med sygefravær i løbet af perioden. Heller ikke her er der mulighed for at se det eksakte antal fraværperioder for deltagerne i ASUSI-undersøgelsen. Men ved at krydse de to variable med hinanden – som det er gjort i tabel 3.3 nedenfor – kan vi se, at der udover de 30% som intet sygefravær har i løbet af 12 måneders perioden, er yderligere 20% af kernearbejdsstyrken, som blot har 1 sygemelding af 1-2 dages varighed. Den tredje hyppigste kombination af svar er de respondenter, som har 2-3 sygemeldinger fordelt på 3-5 dage. Denne gruppe udgør 12% af kernearbejdsstyrken.

Tabel 3.1 Oversigt over antal sygedage i året før.

	N	%	Kumulativ %
0 dage	4.021	31	31
1-2 dage	2.889	22	53
3-5 dage	2.832	22	74
6-10 dage	1.761	13	88
11-20 dage	1.018	8	96
21-40 dage	387	3	99
over 40 dage	185	1	100
Total	13.093	100	

Tabel 3.2 Oversigt over antal sygemeldinger i året før.

	N	%	Kumulativ %
0 gange	4.021	31	31
1 gang	4.079	31	62
2-3 gange	3.804	29	91
4-5 gange	745	6	97
6-10 gange	307	2	99
mere end 10 gange	76	1	100
Total	13.032	100	

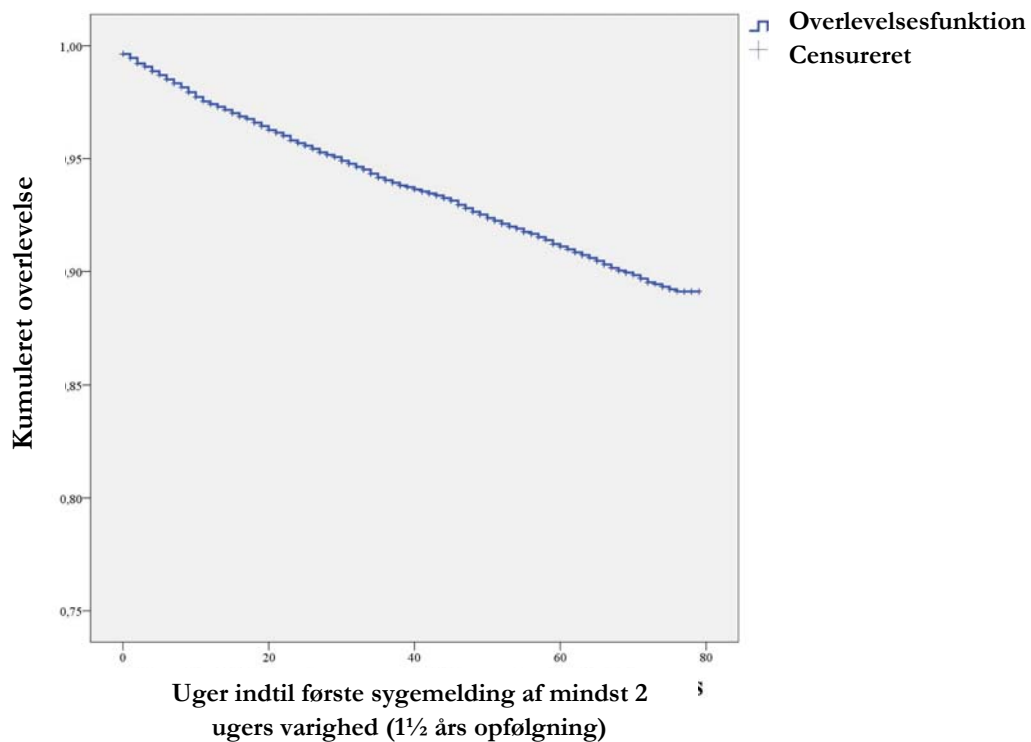
Tabel 3.3 Sammenhæng mellem antal sygemeldinger og antal sygedage. Procent.

Antal sygedage	Antal sygemeldinger						Total
	0 gange	1 gang	2-3 gange	4-5 gange	6-10 gange	mere end 10 gange	
0 dage	100	0	0	0	0	0	4.021
1-2 dage	0	61	10	0	0	0	2.851
3-5 dage	0	24	44	17	1	0	2.780
6-10 dage	0	6	30	36	35	0	1.744
11-20 dage	0	6	10	33	41	42	1.005
21-40 dage	0	2	4	10	17	27	384
over 40 dage	0	1	2	4	6	31	179
Total	4.021	4.050	3.778	739	302	74	12.964

Spørgsmålene i spørgeskemaet fokuserer næsten udelukkende på det korterevarende fravær, ikke mindst fordi undersøgelsen var designet med øje for at benytte sig af oplysninger vedrørende længerevarende sygefravær registreret i en database hos Beskæftigelsesministeriet. Hvis man i stedet fokuserer på det længerevarende fravær (dvs. sygemeldinger > 14 dages varighed) kan vi beskrive denne del af sygefraværet gennem et plot af overlevelseshfunktionen for deltagerne i undersøgelsen. Det fremgår af figur 3.2 nedenfor.

Af den kan vi se, at der er 7,9%, som i de første 12 måneder af opfølgningsperioden oplever en sygemelding af mindst 2 ugers varighed. I gennemsnit går der 74 uger (ud af de 78, der observeres i), før deltagerne sygemelder sig. Dette resultat stemmer meget godt overens med, at der i tabel 3.1 er 12% af kernearbejdsstyrken, som har mere end 10 sygedage, hvilket svarer til de 2 uger, der er enheden i overlevelseshanalysen i figur 3.2. Selvom langvarige sygemeldinger ikke er særligt hyppige, vil altså mere end hver tiende alligevel komme ud for det over en periode på 1½ år.

Figur 3.2 Sygemelding af > 2 ugers varighed i 1½ års follow-up. Kaplan-Meier.



Af tabellerne fremgår det, at fordelingen af såvel sygedage og sygemeldinger er meget skæv. Denne pointe kan man illustrere mere tydeligt ved at se nærmere på statens sygefraværsregister, som blev stillet til rådighed for ASUSI-undersøgelsen. Hvis man sammenligner tallene, er der lidt færre af de statsansatte, der er berørt af sygefravær i løbet af en 12 måneders periode. I staten er det 43%, der ingen sygemeldinger har haft i 2004. Til gengæld er der lidt flere med det længerevarende sygefravær, hvilket dog kan hænge sammen med, at denne gruppe af erhvervsaktive var ekskluderet fra ASUSI-undersøgelsen. Men det mønster vi så ovenfor, hvor en forholdsvis lille gruppe ansatte står for en relativt stor del af fraværet, genfinder vi blandt de statsansatte, når det er antallet af sygemeldinger, som er målet for analysen. Blandt de statsansatte betyder det, at 10% af de ansatte står for 43% af sygemeldingerne. Omvendt betyder det også, at 90% af de ansatte har højst fire sygemeldinger.

Fordelingen af sygemeldinger blandt de ansatte er altså stærkt venstreskæv. Det betyder, at forsøg på at anvende traditionelle statistiske mål (som f.eks. gennemsnit) til at opsummere sygefraværet vil være stærkt problematisk. Særligt grelt vil det dog være i forhold til antallet af sygedage, som sammen med fraværprocenten er det mest anvendte mål, når virksomheder mm monitorerer medarbejdernes sygedage. Man kan f.eks. diskutere om det er særligt relevant, at det gennemsnitlige antal sygemeldinger i staten i 2004 var 1,92, når vi samtidig ved, at mere end 40% af de ansatte slet ingen sygemeldinger havde, og at 10% af de ansatte står for mere end 40% af alle sygemeldingerne. Hvad siger et sådant mål noget om? Og for hvem er denne information interessant?

Når en så stor del af kernearbejdsstyrken ikke er berørt af sygefravær i en 12 måneders periode, vil det være relevant at se på, hvor mange, der er berørt af sygemeldinger i løbet af en længere årrække. Selvom 12 måneder givetvis er en rimelig observationsperiode for den del af de erhvervsaktive, som netop har én eller flere fraværperioder indenfor 12 måneder, betyder valget af tidsperiode alligevel, at næsten en tredjedel af de erhvervsaktive ikke 'naturligt' kan rummes indenfor perioden. Det bliver dermed ønskværdigt at studere sygefraværet over længere tid end det gøres i officielle statistikker og i studier,

hvor der ofte blot er 1/2-1 års observationsperiode af sygefraværet. Spørgsmålet bliver, om der samtidig er en forskel i *rytmen* af disse menneskers oplevelse og forholden sig til fraværet. For dem med hyppigt fravær er sygemeldingen måske et indarbejdet og delvist rutineret aspekt af deres måde at praktisere livet på, mens den - for dem, der over en lang periode på mange år, ikke har en eneste fraværperiode - snarere er en undtagelsestilstand, som i den grad bryder arbejdslivets rutiner.

Igen er det noget, der kun kan belyses via fraværsregisteret for de statsansatte. Hvis vi følger dem, som var ansat i 2004 og undersøger deres fravær tilbage til 2000, vil man se, at næsten halvdelen af dem uden fravær i 2004 havde en fraværperiode i 2003, og at ca. 1/3 havde en fraværperiode i 2002. Hvis man går helt tilbage til 2000 er det mindst 16%¹⁷ af de, der intet sygefravær havde i 2004, som ikke har haft noget sygefravær i hele perioden 2000-2004. Det svarer til, at mindst 5% af de erhvervsaktive ikke har én eneste sygedag i en fem-årig periode. For denne gruppe er tidsrammen på et år ikke relevant for deres erfaring med og forholden sig til sygefraværsfænomenet, fordi der er tale om en forholdsvis sjælden begivenhed for dem. For denne gruppe er kollegaernes sygefravær måske mere presserende og har større indflydelse på den måde, de forholder sig til sygefraværsfænomenet på.

Et kort blik på de erhvervsaktives egen forståelse af 'sygefraværets' hyppighed

En måde at kaste lys over eventuelle forskelle i forståelsen af sygefraværets hyppighed, er ved at se på udtalelser fra den række informanter, der blev interviewet i forbindelse med ASUSI-projektet i løbet af 2006.¹⁸ Hvis vi ser på informanternes beretning om deres eget sygefravær, tegner der sig et billede af, at uanset om, man hyppigt tager sygefravær, eller det er mere sjældent, så bliver omfanget opfattet som værende på et 'naturligt' niveau. På den ene side har vi Annisette, som siger: "*Jamen, så vil jeg da tro, at jeg måske holder mig 5-7 sygedage om året. Det tror jeg såmænd ikke, at jeg har mere.*" Eller Jesper: "*Jamen, hvor jeg sådan decideret ikke er der, på grund af, at jeg er syg? Det er det, du tænker på...Jamen, det er måske et par dage om året eller sådan noget. Mere tror jeg egentlig ikke, at det er.*" Det interessante ved både Annisettes og Jesper's udtalelser er, at de begge konstaterer, at deres sygefravær ikke er mere, end det antal dage de har. De antager altså, at man ville kunne finde andre, som havde et betydeligt højere sygefravær, og at deres niveau af den grund er helt normalt. På den anden side er både Annisettes og Jespers niveau af sygefravær dog væsentligt højere end det Ursula har. Om sit sygefravær, siger hun: "*Det er ikke eksisterende...Jeg havde fem dage i 1986...Det var da jeg var på barsel.*" Interviewer: Ok, det kan man ikke engang kalde sygdom kan man det? Så du har ikke været syg siden eller hvad? Ursula: *Nej*" eller Pete: "*I de tyve år [min virksomhed har eksisteret] har jeg haft under en uges sygefravær.*" eller Jeff: "*Jeg tror, at jeg har haft en.. et slag på tasken, måske 5 sygedage siden 1984.*" Det interessante ved udtalelserne er altså ikke så meget forskellen i antallet af dage, som jo netop bare afspejler den forskellighed, med hvilken sygefraværsfænomenet fremtræder blandt 'helt almindelige erhvervsaktive'. Det interessante er den måde, de to første informanter afslutter sætningen om sygefravær på: '*Det tror jeg såmænd ikke, jeg har mere*' og '*Mere tror jeg egentlig ikke, det er*'. De opfatter dermed ikke deres sygefravær som afvigende; det falder indenfor rammerne af det, der er normalt, og det på trods af, at det står i skærende kontrast til de tre næste informanter, som udelukkende har erfaring med sygefraværsfænomenet som en undtagelsestilstand. På den måde er der en markant forskel i den periode, de enkelte informanter refererer til, når de skal berette om deres sygefravær: Fra den ene yderlighed, hvor Ursula tørt konstaterer, at sygefraværet '*er ikke eksisterende...Jeg havde fem [syge]dage i 1986*' til Annisette som fortæller, at hun: '*måske holder...5-7 sygedage om året*.' Forskelle som disse i forståelsen og erfaringen med fænomenet finder kun meget indirekte vej til de officielle statistikker, der alene fokuserer på *kvantiteten* af sygedage og -meldinger og, vurderer distributionen af fravær ud fra sammenligninger mellem grupper. Men når både Annisette og Ursula

opfatter mængden af deres sygefravær som normalt, betyder det så ikke, at en del af fænomenet forsvinder, hvis vi udelukkende fokuserer på de rå tal, og ikke på hvordan disse tal indgår i den kontekst, de udspiller sig i?

Hos de to grupper kunne det skyldes deciderede forskelle i sygeligheden: nogle erhvervsaktive er simpelthen ikke berørt af sygdom i nogen væsentlig grad gennem lange perioder i deres liv, hvis man måske ser bort fra småforkølelser og lignende. For andre er tilbagevendende sygdom eller smerte en velkendt erfaring, der bliver en del af den forståelsesramme, som vedkommende forholder sig til eget (og andres) sygefravær gennem. Det interessante er imidlertid, at det tilsyneladende føles lige naturligt og selvfølgelig, uanset det niveau fraværet har.¹⁹ Der er i hvert fald ingen, der umiddelbart fortæller, at deres sygefravær er højere end gennemsnittet blandt kolleger, eller at kollegernes er meget højere end deres. Det er der måske ikke noget overraskende i, fordi selve fænomenet enten forbliver en undtagelsestilstand, der ikke har nogen direkte betydning for de erhvervsaktive under normale omstændigheder i hverdagslivet, eller også fordi det bliver en rutineret del af hverdagen. Pointen i denne sammenhæng er dog blot, at tidsrammen på ét år som reference i virkeligheden kan være kunstig, da det ikke nødvendigvis er den tidshorisont, de erhvervsaktive forstår deres eget fravær indenfor. For dem, der aldrig er syge, er den alt for kort, og for dem, som er det flere gange om året, er den måske i virkeligheden for lang. Så fra de (potentielt) sygemeldtes eget perspektiv skal sygefravær i hvert fald opgøres på en anden måde, end den oftest gøres i de officielle statistikker. Hvis man ikke gør det, bliver diskussionen om sygefravær i hvert fald hurtig for abstrakt og fjern fra deres erfaringer.

Men når man gransker interviewene nærmere, finder man også en helt tredje gruppe af erhvervsaktive. For denne gruppe af informanter er det ikke manglen på erfaring med sygdom og smerte eller en for lang tidshorisont, som gør deres forhold til sygefraværsfænomenet anderledes. Her er det snarere den automatiske sammenknytning af sygdom og fravær, som brydes ned. Guldsmeden Keld fortæller f.eks. det følgende om hyppigheden af hans sygefravær:

”Jeg har aldrig været syg. Det har du aldrig været? Nej. Lars [informantens chef, CDH] han har ikke været syg i sytten år. Interviewer: Okay. Hvad.. Du er heller ikke sådan forkølet nogen gange? Keld: Jo. Interviewer: Eller har ondt i hovedet eller..? Jo, jo, jo. Ork, gud dog du. Der er somme tider, vi ikke kan bruge nogle fingre eller noget, eller tommelfinger.. Lars han har lige smadret hans tommelfinger i et pengeskab. Den har vi grinet af lige siden. Men hvad fanden skal vi gøre? Interviewer: Hvad tænker du på? Keld: Jamen, hvem skal så lave arbejdet? Jamen, jeg har været så syg, at jeg har taget på arbejde klokken halv fem om eftermiddagen eller sådan noget. Så har jeg fået det bedre op ad dagen, og så har jeg så arbejdet til ti-halv elleve om aftenen i stedet for.” (Keld, s. 20-21)

En lignende fortælling kommer frisøren Kitty med:

”Mig? Jamen, jeg har jo ikke været syg siden jeg gik i folkeskolen. Jo, men ikke fravær. Og hvis jeg er syg, så er det altid i weekenderne, fordi så kæmper jeg mig hen, og når så kroppen slapper af, så bliver man syg. Men ikke når man er oppe i tempo, så bliver man ikke syg jo.” (Kitty, s. 11)

Selvom både Keld og Kitty starter med at slå klart fast, at de *aldrig* er syge, ja så viser det sig efterfølgende, at de måske nok alligevel er syge af og til, men at de (næsten) aldrig er *fraværende* på grund af deres sygdom. Således introduceres der et element af frivillighed i forhold til sygefraværsfænomenet, som genererer yderligere forskelle mellem de erhvervsaktive. For nu har vi ikke blot én gruppe, som stort set aldrig er syge, og derfor ikke er fraværende. Vi har også en anden gruppe, der godt nok er syge, men som af forskellige grunde ikke bliver hjemme på grund af sygdommen, eller måske i hvert fald ikke gør det, hver gang de føler sig syge. Det er dog ikke, de af DA omtalte økonomiske incitamenter, Kitty og Keld tilskriver deres valg af nærvær frem for fravær, men deres udtalelser er med til at understrege

vanskelighederne ved at bestemme den 'naturlige bund' for sygefraværet udelukkende på baggrund af det lavest observerede fravær.

Sygenærværets hyppighed og varighed i kernearbejdsstyrken

Sygenærvær findes der ikke officielle statistikker for. Men med udgangspunkt i ASUSI-undersøgelsen kan vi måske kaste lys over det alligevel. Her blev medlemmerne af kernearbejdsstyrken i hvert fald bedt om at angive, 'Hvor mange gange inden for de sidste 12 måneder er du gået på arbejde, selvom du med rimelighed kunne have meldt dig syg?', hvortil de havde mulighed for at angive de svar, der er at finde i tabel 3.4 nedenfor.

Tabel 3.4 Oversigt over antal sygenærværsepisoder i året før.

	N	%	Kum %
0 gange	3.617	28	28
1 gang	2.010	15	43
2-3 gange	4.906	38	81
4-5 gange	1.506	12	93
6-10 gange	462	4	96
mere end 10 gange	514	4	100
Total	13.015	100	

Af tabellen fremgår det, at mere end 70% af de erhvervsaktive går på arbejde mindst én gang om året selvom de føler sig så syge, at de med rimelighed kunne være blevet hjemme. Det er altså mindst lige så almindeligt at vælge nærværet, når man har det skidt, som det er at vælge fraværet og sengen derhjemme. Og hertil skal man så lægge, at der findes en gruppe på lidt under 10%, som i gennemsnit vælger en sådan 'løsning' på sine symptomer hver anden måned. Men der er også en gruppe på 30%, som slet ikke går syge på arbejde.

En anden måde at se på omfanget af sygenærvær er ved at studere nogle spørgsmål, der handlede om konsekvenserne af en række sygdomme for deltagernes arbejdsevne. Af tabel 3.5 kan man se, at 2/3 af kernearbejdsstyrken ikke har nogen helbredsproblemer, der regelmæssigt påvirker eller forhindrer dem i at udføre deres nuværende arbejde. Men mere end hver fjerde kan kun udføre deres arbejdsopgaver ved at acceptere, at 'det medfører nogle symptomer'. I disse tilfælde skal vi ikke forestille os enkelte episoder af, at man går syg på arbejde, men snarere at ens helbred permanent påvirker evnen til at arbejde, og at det kun kan lade sig gøre ved at acceptere visse symptomer, mens man arbejder. For hver femte forholder det sig sådan, at de rent faktisk må sætte tempoet ned eller ændre på arbejdsmetoderne for at kunne udføre arbejdsopgaverne uden alt for mange helbredsmæssige gener. Der er altså slet ingen tvivl om, at mange medlemmer af kernearbejdsstyrken trodser smerter og andre symptomer og går på arbejde, på trods af disse, og på trods af, at det skaber gener, når arbejdsopgaverne skal udføres.

Tabel 3.5 Andel af erhvervsaktive, der går på arbejde med symptomer. Procent.

<i>Er nogen af fornævnte sygdomme eller skader en hindring for dit nuværende arbejde?</i>	N	%
Der er ingen hindring/jeg har ingen sygdom eller skade.	7.458	66
Jeg er i stand til at udføre mit job, men det medfører nogle symptomer.	3.195	28
Jeg må nogle gange sætte arbejdstempoet ned eller ændre mine arbejdsmetoder.	2.056	18
Jeg må ofte gange sætte arbejdstempoet ned eller ændre mine arbejdsmetoder.	355	3
*tallene summerer ikke til hundrede, da det er muligt at give mere end et svar ligesom ikke alle svarmuligheder er vist.		

Det er desværre ikke muligt at se, hvordan sygenærværet har udviklet sig over tid, og hvilket tidsperspektiv, som er det mest relevante. Men ved at se på sammenhængen mellem antallet af sygenærværsepisoder og antallet af sygemeldinger, kan man alligevel nå frem til en bedre opdeling af de erhvervsaktive i forskellige strata. Tabel 3.6 viser en sådan sammenhæng.

Tabel 3.6 Sammenhæng mellem episoder af sygefravær (SF) og sygenærvær (SN).

%	Antal sygemeldinger (Selvrapporteret)						Total
	0 gange	1 gang	2-3 gange	4-5 gange	6-10 gange	mere end 10 gange	
0 gange	45	27	16	11	11	16	3.591
1 gang	16	17	16	10	3	3	1.999
2-3 gange	29	39	45	44	35	19	4.880
4-5 gange	7	11	14	20	28	24	1.502
6-10 gange	1	3	5	6	10	15	459
mere end 10 gange	2	4	4	9	13	24	511
Total	3.959	4.064	3.792	745	307	75	12.942

Ud af de 28%, som ikke går syge på arbejde, er der omtrent 50%, der heller ikke har noget sygefravær, mens de resterende har én eller flere sygemeldinger. Vi har således én gruppe af erhvervsaktive på ca. 14%, der slet ikke har nogen erfaring med sygdom eller symptomer, som efter deres mening ville berettigede dem til at tage sygefravær. Men vi har ligeledes to grupper på 14% og 17%, som hhv. har én eller flere sygefraværsepisoder, og som *aldrig* går syge på arbejde, og en anden gruppe, som *aldrig* tager sygefravær, men som går på arbejde på trods af symptomer én eller flere gange om året. For de sidste 55% er billedet mudret, og her har de – i hvert fald i året før de blev spurgt i forbindelse med denne undersøgelse – fra gang til gang vurderet fordelene og ulemperne ved at tage sygefravær som værende forskellige. Dette forhold har resulteret i, at de både har taget fravær, men også gået syge på arbejde i andre situationer. En sådan måde at praktisere sygefraværet på må forudsætte en stor refleksivitet knyttet til sygefraværsefænomenet.

Hvis vi antager, at spørgsmålene om fravær og nærvær hver især henviser til *forskellige* sygdomsepisoder, siger kombinationen af de to spørgsmål noget om omfanget af sygelighed i alt i den erhvervsaktive del af

befolkningen. Og her er der vel og mærke tale om sygelighed, som er af en sådan karakter, at den enten har forårsaget, at man har været fraværende fra arbejde eller i hvert fald været i en situation, hvor man har følt sig berettiget til at kunne være blevet hjemme. Hvis man kombinerer de to spørgsmål til et mål for kernearbejdsstyrkens samlede sygelighed, kan man se, at det gennemsnitlige antal sygeperioder er lidt over 3, og at blot 25% af de erhvervsaktive har mere end 4 sygeperioder i løbet af et år.

Hvis vi skal summere op på alle disse statistikker, officielle såvel som indsamlede til lejligheden, når vi således frem til:

1. Sygefraværet er meget skævt distribueret i den erhvervsaktive del af befolkningen. På den ene side med en gruppe på mindst 30%, som ikke har nogen fraværsepisoder overhovedet i en 12 måneders periode, og hvor en del ikke har noget fravær overhovedet set over en periode på flere år. På den anden side har vi en mindre gruppe af erhvervsaktive, som står for en meget stor andel af sygefraværet, hvad enten dette opgøres i form af dage eller episoder.
2. Manglen på sygefravær for ca. halvdelen af de erhvervsaktives vedkommende skyldes ikke, at disse mennesker ingen erfaring med sygdom og smerter har, men at de vælger at tage syge på arbejde i stedet for at tage fravær. For langt de fleste erhvervsaktive er dette valg ikke enten/eller: det er således meget almindeligt både at have 2-3 sygefraværperioder, og samtidig være af den opfattelse, at man med rimelighed kunne være blevet hjemme fra arbejde på grund af sygdom et lignende antal gange. Sygefravær bliver dermed til en refleksiv praksis.
3. Denne forskellighed i de erhvervsaktives sygefravær gør det meget vanskeligt at ville reducere og opsummere deres sygefravær i et enkelt ciffer, som skulle give en dækkende beskrivelse af sygefraværsfænomenet. Og samtidig gør det også sammenligninger på tværs af grupper vanskelige, fordi man næsten altid fokuserer på sygefravær alene. Det betyder, at den gruppe, der er syge, men ikke tager fravær kommer til at udgøre en 'urimelig' sammenligningsgruppe, hvis udgangspunktet er at vurdere sygefraværet ud fra en forestilling om, at den 'naturlige bund' for fraværet ikke er 0 sygedage.

Ovenstående problemstilling rejser naturligt spørgsmålet, hvad man så bør gøre, hvis man vil forsøge at beskrive en given populations sygefravær? Her er der ikke nogen enkle svar, og man må spørge sig selv, hvilken 'funktion' man forestiller sig sygefraværet spiller for populationen, men også for dem som har en interesse i fænomenet f.eks. ved at italesætte det som et problem, sådan som det bliver gjort i den offentlige debat og de gængse analyser af sygefraværets niveau. Hvis, det er de økonomiske aspekter af sagen, er det gennemsnitlige antal sygedage måske et udmærket mål, fordi det siger noget om det antal dage, hvor der skal betales løn uden, at der er nogen produktion forbundet med det. Måske er fraværsprocenten, som f.eks. Dansk Arbejdsgiverforening opererer med, et endnu bedre mål, fordi det sætter antallet af sygedage i forhold til antallet af mulige arbejdsdage. Dermed bliver målet et udtryk for det tab af produktion, der er forbundet med det sygdomsrelaterede fravær. Fra andre perspektiver bliver sygefraværet interessant, fordi det er et (indrekte) mål for medarbejdernes utilfredshed med arbejdsmiljøet på en given virksomhed og dermed for urimelige arbejdsvilkår, som man bør stræbe efter at ændre. Og sådan kunne man blive ved. Men vi kan måske forsøge at skabe et større overblik over disse modsætningsfyldte perspektiver ved at dykke ned i den litteratur, der findes om definitioner og valg af sygefraværsmål, og gennem en sådan øvelse lade os inspirere til at finde en hensigtsmæssig måde at

definere og måle fænomenet på. Det gøres først (C) gennem en diskussion og kritik af forskellige *epidemiologiske* definitioner og opgørelser af sygefraværet, hvor den centrale anke bliver, at sygefraværsfænomenet alt for ofte bliver reduceret til et proxymål for helbred. Dernæst (D) behandles en arbejds- og organisationspsykologisk tilgang til måden at opgøre sygefraværet på, hvor det både er de individualiserende tendenser, der findes i disse skrifter, samt den bias, der ligger i, at målene oftest er tilpasset virksomheders perspektiv. Herefter gennemgås tre forskellige *sociologiske* perspektiver på sygefraværsfænomenet, hvor handlingsaspektet ved fænomenet er i centrum (E). Dette leder slutteligt (F) frem til en samlet diskussion af de forskellige måder at definere og måle særskilte aspekter af sygefraværsfænomenet.

C. Epidemiologiske mål for sygefravær

I en interessant artikel, der tager udgangspunkt i et epidemiologisk perspektiv, diskuterer Hensing og hendes svenske kollegaer, forskellige mål for sygefravær og deres anvendelighed i analyser af fænomenet (Hensing, Alexandersson, Allebeck & Bjurulf, 1998). I reviewet identificeres tre grundlæggende forskellige måder at måle sygefraværet på: én, der baserer sig på antallet af sygefraværsepisoder, én, der baserer sig på antallet af sygefraværsdage, og slutteligt én, der baserer sig på antallet af *individer berørt af sygefravær*. Disse mål er blevet brugt i forskellige sammenhænge, hvor sygefraværsfænomenet har været analyseret. De har dog det til fælles, at måden at opgøre og dermed måle sygefraværet på, meget sjældent er blevet diskuteret nærmere. I den forstand adskiller refleksionsniveauet i den epidemiologiske sygefraværslitteratur sig ikke synderligt fra den, der findes i relation til de offentligt tilgængelige statistikker på området. Men det er dog ikke noget enestående for epidemiologien, da man i et lignende review af den arbejds- og organisationspsykologiske fraværslitteratur, når frem til samme konklusion: definitionen af og måderne at opgøre og måle sygefraværet på er alt for sjældent velovervejet, og sat i relation til formålet med den konkrete undersøgelse (Atkin & Goodman, 1984).

Med udgangspunkt i dette epidemiologiske (og dermed medicinske) perspektiv foreslår Hensing og kollegaer, at man for fremtiden benytter sig af ét af 5 mål for sygefravær: *sygemeldingsfrekvens*, *sygefraværslængde*, *incidensrate*, *kumulativ incidens* og *varighed af sygefravær*. De fremhæver incidensraten, som den bedste måde at opgøre sygefraværet på, hvis man da ikke har mulighed for at benytte sig af alle fem. Incidensraten udregnes ved at tage antallet af nye sygefraværsepisoder i observationstiden og dividere denne med antallet af personer, som har haft mulighed for at blive sygemeldt, og gange dette med antallet af dage i observationsperioden minus det samlede antal sygefraværsdage i observationsperioden. Fordelen ved dette mål – som er særlig stor i forbindelse med videnskabelige eller internationale sammenligninger – er ifølge Hensing, at 'effekten af forskelle i sygesikringslovgivningen reduceres' (Hensing et. al., 1998, s. 142). Der leveres dog ingen argumenter for, *hvorfor* netop incidensraten skulle reducere effekten af lovgivningen på målet for sygefravær mere end de andre måder at opgøre sygefraværet på.

Men er det overhovedet muligt at finde et kontekstafhængigt mål for sygefravær? For uanset, at man tager udgangspunkt i antallet af episoder, og forholder dem til den person-tid, hvor de observerede er under 'risiko'²⁰ for at blive sygemeldte, ja så afhænger antallet af episoder og risikotiden jo lige netop af de institutionelle rammer. Og her er det bestemt ikke lige meget, om en episode skal have en varighed af mindst 6 dage (som det var tilfældet i Danmark før sygekassereformen i 1970'erne), om det blot er 2 dage (som var situation fra 1983-1987), eller om der ingen krav om varighed gælder for dette. Et simpelt – men helt igennem fiktivt – regnestykke kan illustrere dette: Lad os antage, at der i en befolkning på

10.000 personer er 1.000 sygemeldinger hver af hhv. 1-7 dage. Det svarer til 7.000 sygemeldinger i alt, og løber op i i alt 28.000 sygedage eller en sygefraværspcent på 1,27%, hvis vi antager, at der i alt er 220 arbejdsdage pr. medlem af befolkningen. Incidensraten, beregnet ud fra den formel Hensing og kollegaer præsenterer i deres artikel, svarer til 0,32. Hvis vi nu indfører en karensgdag i dette fiktive land, så det først er muligt at få sygefravær fra anden sygedag, bliver antallet af sygemeldinger 6.000 i stedet for. Det svarer til 27.000 sygedage eller en sygefraværspcent på 1,23% med de samme antagelser som før. Incidensraten er nu 0,28. Samme mønster finder vi, hvis vi hæver antallet af karensgdage til 6. Nu svarer det samlede antal sygedage til 7.000 eller en sygefraværspcent på 0,32% og en incidensrate på 0,05. I alt dette er der ikke engang taget højde for, det økonomer ville kalde 'dynamiske effekter'²¹ – nemlig det faktum, at vi formentlig vil se, at den måde sygefraværet bliver praktiseret på forandrer sig som følge af ændringen af reglerne f.eks. ved at de sygemeldte tager en ekstra sygedag eller to, når de alligevel selv skal betale den (for to studier, der viser et sådant resultat se Holm, Hummelgaard, Mikkelsen & Rieper, 1986; Voss, Floderus & Diderichsen, 2001). At forestille sig, at incidensraten på den måde skulle være et kontekstafhængigt mål for sygefravær, er derfor noget af en tilsnigelse, og det indrømmer Hensing og kollegaer da også indirekte, når de skriver:

"Problems concerning identification of the population at risk were discussed by Tellnes, who concluded that: 'If the aim is to measure the morbidity pattern according to sickness certification, it is important to relate the numerators to the real population at risk', meaning that only employed or persons entitled to sickness benefits should be included. According to Tellnes, the employed population in a defined geographical area is best suited as the denominator from an epidemiologic perspective. If the study is made at a company, the denominator is not defined as a geographical area, but as all employed at a certain company. In Sweden, unemployed are entitled to sickness benefits and can be included in the population at risk." (Hensing et. al., 1998, s. 134).

Men i andre lande vil arbejdsløse ikke være berettiget til at få sygedagpenge. Eller også vil denne gruppe ikke have nogen incitamenter til at melde sig syge, når de allerede får deres 'almindelige' arbejdsløshedsdagpenge. Det ville kun være tilfældet, hvis man fik forlænget den periode, man kan modtage arbejdsløshedsdagpenge i, når man en periode er sygemeldt, og derfor ikke kan være jobsøgende. På samme måde giver den geografiske eller virksomhedsmæssige afgrænsning også problemer. I Danmark er det f.eks. kun personer, der har været ansat i mindst 8 uger, der er berettiget til at få sygedagpenge fra arbejdsgiveren (og 13 uger, hvis det er fra kommunen), mens dem, der lige er blevet ansat, må nøjes med kontanthjælp (LBK 1047 af 28/10/2004, §3 og §4). Dermed er disse grupper ikke 'under risiko', og tæller derfor heller ikke med i statistikken udelukkende på grund af netop de forhold, incidensraten skulle være med til at reducere effekten af: kontekstafhængige faktorer. Incidensraten vil derfor ikke være uafhængig af de forsikringssystemer, som findes på tværs af forskellige lande eller virksomheder. Men derfor kan det jo være en udemærket måde at opgøre sygefraværet på alligevel. Og under alle omstændigheder er det et bedre mål end dem, der oftest bruges i den offentlige debat og i officielle statistikker om sygefravær, som vi allerede har beskæftiget os med ovenfor.

Udover argumentet om at kunne sammenligne sygefravær på tværs af nationale grænser, bliver der ikke præsenteret yderligere bagvedliggende rationaler for, at det skulle være ønskværdigt og af interesse at kunne se bort fra den kontekst, hvori sygefraværspfenomenet er indlejret. Når det forholder sig sådan, og når der ligeledes mangler et argument for, at incidensraten overhovedet skulle se bort fra konteksten, betyder det, at Hensing gør sig skyldig i lige netop de kritikpunkter, hun havde at indvende mod andre studier af sygefraværspfenomenet: "They seldom discussed the choice of a certain sick-leave measure in relation to the aim of the study in terms of validity or reliability for different age-groups, diagnostic groups, sex or occupation." (Hensing et. al., 1998, s. 141). Men når Hensing og kollegaer forsøger at argumentere for brugbarheden af forskellige sygefraværsmål, ja så står selve målsætningen om den

kontekstafhængige måde at opgøre sygefraværet på i stærk kontrast, til det krav hun stiller til andres studier om at argumentere for, at deres valg af sygefraværsmål passer til den specifikke gruppe, der undersøges. For er en sådan argumentation ikke kun relevant, hvis man rent faktisk mener, konteksten har betydning? Spørgsmålet er måske snarere, om det overhovedet er muligt at lave en abstrakt anbefaling af, hvilke sygefraværsmål man bør bruge, uden at forsøge at relatere det til den specifikke gruppe (og dermed den kontekst), studiet omhandler?

Men hvis vi for et øjeblik accepterer, at det *er* muligt at abstrahere fra konteksten må spørgsmålet være: hvad er så overhovedet rationalet, interessen og ønsket bag et sygefraværsmål rensset for kontekstuelle faktorer? Hvad er det, man vil opnå med denne operation? Det fremgår ikke helt tydeligt af Hensing's artikel, men er derimod langt mere dominerende i én af de artikler, hun flittigt citerer: '*Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study.*' Her kan man læse følgende konklusion:

"...if healthy functioning for people in stable jobs is, by definition, attending for work; then absence from work indicates some lack of functioning – whether the causes are psychological, social or physical... We conclude that long spells of absence, greater than seven days, are likely to be health related... If healthy functioning is a mixture of social, psychological and physical functioning, then sickness absence may serve well as an integrated measure of functioning. It may therefore be useful as an 'end point' in studies of the determinants of healthy functioning in working populations." (Marmot, Feeney, Shipley, North & Syme, 1995, s. 128-9).

Pointen hos folkene bag Whitehall studierne er ikke, at sygefravær på den måde er et *direkte* mål for (fysisk) helbred, men at sygefravær tilnærmelsesvist lever op til de kriterier om et integreret og udvidet helbredsbegreb, som f.eks. WHO opererer med (WHO, 1986). WHO's helbreds-kriterier inkluderer nemlig både fysisk, psykisk og social velbefindende, forstået sådan, at man først har et godt helbred i det øjeblik, hvor man udover at være fri for sygdomme og andre dårligheder også er i stand til at varetage de sociale roller, man indgår (eller ønsker at indgå) i f.eks. at kunne besidde et arbejde.

Men kan man uden videre forudsætte, at det ikke at kunne gå på arbejde altid må betragtes som 'mangel på funktionsevne'? Kunne man ikke forestille sig positioner i samfundet, hvor andre aspekter af livet f.eks. funktionsevne i forhold til fritid eller familie var af langt større betydning end arbejdet? Marmot og hans kollegaer nævner selv muligheden for dette:

"Sickness absence is often considered to be a useful indicator of the quality of the work and home environment. Job satisfaction is likely to reflect a number of aspects of the work and home environment. Working conditions may influence the incidence and prevalence of disease and thereby affect sickness absence rates. Alternatively, there may be a more 'direct' effect on sickness absence independent of effects on health status... The association between job satisfaction and short spells of sickness absence is not affected by adjusting for health status; the association with long spells is reduced appreciably." (Marmot et. al., 1995, s. 129)

Da sammenhængen mellem jobtilfredshed og sygefravær netop er størst for de korteste episoder af sygefravær, tager Marmot og kollegaer det som endnu et bevis for, at sygefravær – i hvert fald af en vis længde - er et ganske udmærket mål for en persons helbredsstatus, hvis man som sagt betragter det i et lidt bredere perspektiv. Det skal ikke gøres ukritisk påpeger de selv, og denne observation tager den engelske forskningsgruppe ganske bogstaveligt, og leverer mange gode og spændende refleksioner over forholdet mellem helbred og sygefravær.

Man kommer dog ikke udenom, at der gemmer sig en bestemt normativ opfattelse af arbejdet bag disse refleksioner, som måske nok er dækkende for en meget stor del af befolkningen i mange vestlige lande, men som alligevel forudsætter en mere eller mindre fuldkommen homogenitet mellem en befolknings forskellige grupper og klasser. Hvis vi i denne sammenhæng holder os spørgsmålet om sygefravær og

misbrug, decommodifikation og medikalisering in mente, så er det dog også ganske oplagt, at en sådan homogeniserende forudsætning i hvert fald ikke kan generaliseres til tid og evighed, og spørgsmålet er også om den kan generaliseres til alle grupper i vores nutidige samfund? Hvis sygefravær netop er en operationalisering af et mere bredt og inkluderende helbredsmaal, fordi det også tager højde for social funktionsevne, så må man også bære in mente, at de sociale roller, en person indgår i, kan være højst forskellige og indebære forskellige sanktioner, såfremt man afviger fra disse roller. Her er det hele spørgsmålet om sygerollen og dets efterstræbelsesværdighed, der er på spil.

Når Marmot gør sygefravær fra arbejdet til et udtryk for manglende social funktionsevne, forudsætter han implicit, at arbejdsrollen er noget normativt godt; at det at gå på arbejde betragtes som en glæde og ikke som en byrde. Og selvom det helt sikkert er tilfældet for langt de fleste danskere, må man dog rent formalsociologisk pointere muligheden for, at arbejdsrollen vurderes negativt. Hvis det er tilfældet, sætter det muligheden for at tage sygefravær i et andet skær end det, den fremstilles i nu. Et vigtigt aspekt handler naturligvis om arbejdsmiljøet, som Marmot så rigtig påpeger, noget andet handler om de konsekvenser, der følger med at indtage sygerollen f.eks. i form af underkastelse i forhold til sundhedsvæsenet og den kommunale forvaltning, eller de konsekvenser fraværet måtte have for indtagelsen af arbejdsrollen (f.eks. i form af fyring eller de økonomiske incitamenter i form af mistede indtægter, som DA så ivrigt fremhæver i deres analyse af sygefravær).

Hvis formålet med Hensing's anbefaling er at fokusere på de rent *helbredsmæssige* aspekter af sygefraværet, er det formentlig rigtigt, at incidensraten, sådan som dette begreb blev defineret ovenfor, er ét af de mere vellykkede mål. Det siger nemlig noget om den rate, hvormed nye sygefraværstilfælde opstår, og dette er naturligvis interessant, hvis vi forudsætter, at størstedelen af det lange sygefravær skyldes sygdom.

Men det er langt fra alle, som ville acceptere en sådan forudsætning om sygefraværet, endsiige finde det interessant at studere den rate, hvormed nye sygdomstilfælde opstår. Og det er måske lige præcis af den grund, at de officielle statistikker ikke opgøres som incidensrater, men istedet som fraværsprocenter eller gennemsnitlige antal sygefraværsdage. Forskellige sygefraværsmål er relevante for forskellige perspektiver og i forskellige sammenhænge: Det gennemsnitlige antal sygedage er relevant fra et (samfunds)økonomisk perspektiv (Hvad koster sygefraværet, og hvor mange personårs beskæftigelse mister vi af den vej? Eller: Hvor stor er risikoen ved at forsikre denne virksomhed mod sygefravær, når vi selv skal have et afkast på 8% til aktionærerne eller skaffe et økonomisk råderum til skattelettelser?). Incidensraten er relevant fra et epidemiologisk perspektiv, hvis man betragter sygefravær som et proxy-mål for helbred. Men sygefraværet vil indenfor dette perspektiv i rigtig mange tilfælde blot være en erstatning for andre mere præcise helbredsmaal.²² (Med hvilken rate opstår nye sygdomstilfælde? Med hvilke diagnoser, symptomer og funktionelle lidelser? Og hvor skal man i så fald sætte ind, hvis man vil højne befolkningens sundhed?) Mønstrer i sygefravær er relevant, hvis man laver analyser af fænomenet med henblik på bedre at planlægge produktionen og mandskabssituationen på en virksomhed. (Er der en overhyppighed af fravær om mandagen og fredagen eller i forbindelse med officielle feriedage? For så skal vi måske kalde ekstra mandskab ind disse dage for at kunne opfylde vores produktionsmaal).

Men hvad gør man, hvis man vil betragte sygefraværsfænomenet i et (hverdags)sociologisk²³ perspektiv? Hvilket mål for sygefravær er adækvat, hvis det skal relatere sig til den status, sygefraværet har i de potentielt sygemeldtes eget perspektiv? Hvilket mål siger umiddelbart mest, om den mening fænomenet bliver tilskrevet og den logik, som er indskrevet i den praksis, der bliver benævnt sygefravær af arbejdsgivere, læger og politikere? Det findes der ikke umiddelbart noget svar på; der findes ikke umiddelbart et sociologisk relevant mål for sygefravær. Vi kan som nævnt mange gange ikke bare overtage epidemiologiens, da dets mål ikke er at undersøge sygefraværsfænomenet i sig selv, men at bruge sygefravær som en proxy for helbred. Vi kan ikke overtage dem, der findes i de gængse statistikker,

fordi deres perspektiv fokuserer for entydigt på de udgifter eller det produktionstab, der er forbundet med fænomenet. Måske er arbejds- og organisationspsykologien den disciplin, hvor vi kommer nærmest de refleksioner, der bør falde naturligt i en sociologisk diskussion af sygefraværsfænomenet. Men spørgsmålet er, om vi så kan overtage disse perspektiver uden forbehold? For at komme et svar på dette spørgsmål nærmere, må vi dykke lidt længere ned i den litteratur, som har behandlet fraværsfænomenet indenfor arbejds- og organisationspsykologien.

D. Arbejds- og Organisationspsykologiens fraværsmål

I en efterhånden 25 år gammel artikel af Atkin & Goodman (1984) præsenteres en meget lovende diskussion af fraværsfænomenet, der indeholder flere spændende pointer, som gør den værd at overveje også i dag. At der i artiklen tales om fravær og ikke sygefravær, er symptomatisk for hele den arbejdspsykologiske tilgang til sygefraværsfænomenet, hvor det altid analyseres som én type af fravær blandt mange.²⁴ Artiklen fremhæver, at fravær opfattes forskelligt af hhv. praktikere og forskere. For sidstnævnte er målet at nå til en *forståelse* af fænomenet, mens det for den førstnævnte gruppe handler om at blive i stand til at *kontrollere* fænomenet (Atkin & Goodman, 1984, s. 49). Men som nævnt ovenfor kan man dog identificere flere forskellige typer af praktikere i den offentlige (syge)fraværssdiskurs; praktikere, der ikke nødvendigvis har sammenfaldende interesser, fordi sygefraværsfænomenet fra forskellige perspektiver byder på forskellige udfordringer. Kristina Alexandersson har følgende betragtning om dette i hendes PhD-afhandling om sygefravær:

”Short-term absences, granted or non-granted, are often a major problem for employers, as they are difficult to predict, thus causing problems in production planning. When an employee is long-term absent it is easier to plan for a stand-in. Much of the literature on absenteeism is based in the needs of organisation or management, which explains why there is such a strong focus on short absences. However, from the perspective of the sick-listed individual, social insurance, public health and preventive aspects, the longer absences are of larger interest.” (Alexandersson, 1995, s. 4)

Her gives en solid forklaring på forskelle i fokus på sygefravær ikke blot mellem de forskellige typer af praktikere (hhv. ledere og politikere), men også på de forskelle man kan observere indenfor de videnskabelige grene, der har arbejdet med sygefraværsfænomenet. Men en anden forklaring på, at det lange sygefravær ikke har været så velundersøgt i den eksisterende litteratur, hænger ifølge Alexandersson sammen med, at man indenfor den ’management-inspirede’ tilgang til sygefraværsfænomenet har været af den opfattelse, at man ikke kan påvirke fravær (Alexandersson, 1995, s. 4). Det særligt interessante ved hendes kommentar er, at den i virkeligheden punkterer Atkins & Goodmans forestilling om, at forskere primært undersøger fravær med det formål at forstå fænomenet og ikke for at kontrollere det. Alexanderssons egen ambition er i hvert fald at gøre noget ved det langvarige fravær, at forebygge det. De to artikler er dog enige om, at for at opnå en sådan kontrol med fænomenet er det nødvendigt at have en vis forståelse af det. Én af forhindringerne er manglen på velreflekteret forskning på området. Atkins og Goodman fremhæver en række forhold, der er problematiske ved de dominerende måder at måle (og dermed også definere) fravær på: 1) Det første vigtige aspekt er, hvilken *tidsperiode* fraværet studeres i. De to psykologer fremhæver, at det er vigtigt at finde en ’naturlig tidshorisont’, indenfor hvilken den studerede organisations tidslige rytme afgrænser sig eller gentager sig. Det kan f.eks. være situationer omkring ferier og helligdage eller produktionscykluser, der er med til at påvirke, at den kronologiske tid, indenfor hvilken fraværet måles, godt kan være identisk, uden at den kalendermæssige tid er det. Med andre ord vil man ofte se, at fraværet ikke falder jævnt over hele perioden, men er centreret omkring bestemte mærkedage og tidspunkter. Hertil kommer naturligvis også den evt.

betydning af lovgivning og regler, der påvirker tidsrammen, f.eks. ved at man max må have 3 sygemeldinger indenfor et halvt år, med mindre man vil til en sygesamtale²⁵ (Atkin & Goodman, 1984, s. 50-4) Denne dimension finder man ikke i Hensing og kollegaers gennemgang af sygefraværsmålene, selvom man levende kan forestille sig, at netop udsving, der f.eks. hænger sammen med årstidernes gang og risikoen for epidemier ved forskellige tidspunkter også kunne have indflydelse på sygefraværet, hvis man betragtede det helt snævert, som noget der udelukkende havde at gøre med sygdom. Men vi må igen spørge, hvordan en 'naturlig tidsrhorisont' skal forstås, hvis perspektivet ikke er organisationers eller sygdommes årstidsvariation, men derimod den tidshorisont de potentielle sygemeldere tager eller undlader at tage sygefravær i, og som de finder naturlig. Er ét år her en 'naturlig tidshorisont'? Og kan man forudsætte, at den 'naturlige tidshorisont' er identisk for alle grupper i samfundet? Hvis vi erindrer udtalelserne fra forskellige erhvervsaktive, der blev præsenteret ovenfor, er svaret nej. 2) En anden vigtig problematik, når man vil måle sygefravær, handler om den måde, en virksomheds database over fravær er struktureret, herunder en diskussion af, hvordan fravær registreres i databasen og hvilke virksomhedspolitikker, der kunne tænkes at påvirke denne registrering (Atkin & Goodman, 1984, s. 54-5). Selvom de analytiske niveauer er forskellige, svarer denne pointe til de forskelle i sygeforsikringslovgivning Hensing og kollegaer fremhæver som vigtige at holde sig for øje. Men, selvom det selvfølgelig er helt rigtigt set, at disse aspekter påvirker målet for fraværet, fordi sådanne databaser meget ofte udgør det grundmateriale, forskningen i fravær benytter sig af, er det alligevel slående, hvordan de potentielt sygemeldte igen er fjernet fra perspektivet. Én væsentlig udfordring i denne sammenhæng er f.eks. hvis sygefraværet registreres forskelligt på tværs af forskellige faggrupper i en organisation. Hvis det f.eks. er muligt for visse grupper af ansatte at arbejde hjemmefra, kunne man sagtens forestille sig, at disse medarbejdere i tilfælde af et mindre sygdomstilfælde eller problemer med at komme på arbejde (pga. vejrlig, eller en bil, der var gået i stykker), i stedet for at tage en fraværsdag tog en hjemmearbejdsdag. Andre faggrupper som f.eks. rengøringskonen har ikke denne mulighed, og vil derfor alt andet lige optræde oftere i fraværsregisteret, selv hvis hun ikke havde en hyppigere frekvens af sygdom eller andre aspekter af hendes liv, der forhindrede hende i at komme på arbejde. Dette aspekt er helt fraværende fra Atkins & Goodmans papir ligesom Hensing og kollegaer, tror de har løst problemet ved at fokusere på incidensraten i stedet for andre mere kontekstafhængige mål. 3) Et tredje element, der omtales i kapitlet, er det valg af fraværskategorier, der opereres med i databasen, og som naturligvis har sit grundlag i det regelsæt og/eller lovgivning, som regulerer fraværet. Om det siger de to psykologer:

"Most organizations that record absences distinguish among various types of absence. For example, absences due to 'certified' sickness are often distinguished from absences due to other reasons. We assume that organizations will develop absence typologies that are generally relevant to perceived needs." (Atkin & Goodman, 1984, s. 55)

Særligt den sidste sætning er interessant i denne sammenhæng, for her er det igen virksomhedens perspektiv, der danner grundlag for de fraværskategorier, sygefraværsmålene skal baseres på. Og selvom disse forskellige typer ganske givet også vil afspejle væsentlige forhold for de potentielt sygemeldte, så er der alligevel en vis diskrepans mellem den typologi, virksomheden opererer med og siger fraværet skal eksistere indenfor rammerne af, og så den virkelighed den enkelte potentielle sygemelder lever i. Ligeledes fremhæves det i papiret, at den differentiering, virksomheden arbejder med, ikke nødvendigvis producerer meningsfulde kategorier fra forskerens synspunkt; ligesom der ganske givet vil være differentieringer forskeren opererer med, der ikke er relevante for virksomheden, og som derfor ikke er mulige at belyse, hvis fravær kun måles vha. virksomheds- eller sygeforsikringsregistre. Hvis man accepterer Atkins og Goodmans perspektiv på trods af de mangler, der allerede er påpeget, får man altså

en situation, hvor man a) ikke kan ignorere den periode af tid, over hvilken man ønsker at måle fraværet, b) man må være opmærksom på de begrænsninger (og muligheder), registreringen af fravær i databasen giver og c) i forlængelse af det overveje, hvordan de forskellige typer af fraværskategorier bedst gøres relevante indenfor rammerne af de spørgsmål, man ønsker besvaret.

I virkeligheden er der tale om et ret radikalt perspektiv, som forlader det meget universalistiske perspektiv (eller ideal), Hensing og kollegaer opererer med. Denne radikalisme finder man allerede implicit i ovenstående indvendinger. Men de bliver ekspliceret yderligere i en række forudsætninger, de to psykologer opstiller for deres teoretiske perspektiv på fravær. De hævder 1) at fravær kan klassificeres i forskellige typer, som 2) ikke nødvendigvis har de samme årsager, og som derfor kræver forskellige teoretiske modeller for at blive undersøgt. 3) Årsagerne til de forskellige typer af fravær er ikke nødvendigvis konstante, og den relative betydning af enkeltårsager kan ændre sig over tid. 4) Dette kan være mere aktuelt for visse årsager end for andre ligesom 5) årsagerne til en bestemt type af fravær kan variere mellem forskellige befolkningsgrupper, hvilket i sidste ende betyder, 6) at nogle typer af fravær er mere forudsigelige (og dermed nemmere at kontrollere) end andre. (Atkin & Goodman, 1984, s. 58). Atkin og Goodman opsummerer forskellen mellem deres eget syn, og det, de finder dominerer fraværsforskningen – og som jeg vil hævde helt eksakt passer på det syn Hensing og kollegaer opererer med - ved at opstille fire forskellige 'modeller' for fraværet, der er opdelt i to dimensioner: 1) Én dimension, der skelner mellem modeller, som forudsætter homogenitet mellem individer, og på den anden side modeller, der accepterer heterogenitet mellem individer. Eller sagt med andre ord: et perspektiv, der hævder, at det er muligt at opstille én samlet universel model for fravær vs. et perspektiv, hvor man hævder, at det er nødvendigt at operere med mange forskellige modeller, fordi ikke alle faktorer er lige vigtige som årsager for alle typer af fravær eller for alle subgrupper af individer, der tager en bestemt type af fravær. 2) En anden dimension, der skelner mellem modeller, der er statiske og modeller, der er dynamiske (dvs. skelner mellem modeller, der forudsætter, at der ikke sker forandringer i fraværets årsager over tid, og modeller, der accepterer, at årsager til fravær kan ændre sig over tid). Hensing og kollegaer opererer med en model for sygefravær, der er homogen såvel som statisk, hvilket afspejler sig i ønsket om at finde et mål for sygefravær, der er rensat for kontekstuelle forhold. Atkin og Goodman derimod forestiller sig, at forskellige typer af fravær kræver forskellige modeller med forskellige årsager til fraværet, og at der samtidig kan ske ændringer i samfund og organisationer, som gør, at det, der tidligere var en årsag til en bestemt type fravær, kan ændre sig, så det ikke længere er tilfældet, ligesom nye årsager kan komme til (Atkin & Goodman, 1984, s. 61-64).

Et lignende syn fra den arbejds- og organisationspsykologiske del af fraværsforskningen, der i store træk er identisk med de tanker Atkin og Goodman gør sig, finder man i en anden banebrydende artikel fra starten af 1980'erne. Psykologerne bag denne artikel rejser den vidtgående påstand, at alle 'fraværsbegivenheder er fænomenologisk unikke' (Johns & Nicholson, 1982, s. 134) – forstået på den måde, at det enkelte individ tillægger begivenheden betydning afhængig af vedkommendes historie, hvilket gør den unik: "Put another way, absence means different things to different people at different times in different situations." (Johns & Nicholson, 1982, s. 134) Hvis det er tilfældet, betyder det, at vi må tillægge aktørens forståelse af begivenhederne meget større betydning, end de har i de fleste studier. Men i sidste ende betyder det også, at det gøres meget vanskeligt, ja næsten umuligt at generalisere fra person til person og fra kontekst til kontekst. Man kunne fristes til at sidestille denne tilgang med den antropologisk/etnologiske, som givetvis har sin merit i visse tilfælde. Men lige så lidt, som man kan reducere sygefravær til en proxy for sygdom, ligeså lidt kan man indsnævre fænomenet til blot at handle om opfattede kontekster. Så meget er Johns og Nicholson da også parate til at medgive:

"We do not deny that valid generalizations may be made about absence behavior, as there are numerous regularities in personal and organizational life. However, there is no law of permanence for such regularities, and we should expect generalized predictions to be unreliable – as they indeed are. This is reflected in small amounts of variance in absence behavior that studies have usually been able to predict, and the instability of these relationships (as is the case of job satisfaction and absence)." (Johns & Nicholson, 1982, s. 134-5).

Men hvornår bliver en regularitet så stabil, at man kan generalisere på baggrund af den? Og hvornår bliver en generalisering så abstrakt, at den længere er gyldig til at beskrive fraværsfænomenet? Disse afgrænsninger specificeres ikke nærmere i artiklen; et faktum, man enten kan betragte som et udtryk for en fornuftig pragmatisk tilgang til dilemmaet, eller som et udtryk for at perspektivet ikke er udviklet tilstrækkeligt til enten at udradere sådanne dilemmaer, eller i hvert fald anerkende dem og behandle dem som en del af det teoretiske perspektiv selv. For i sidste instans må man jo stille spørgsmålstegn ved, om den påstand om fraværet, Johns og Nicholson selv abonnerer på, ikke blot er et udtryk for *deres* opfattelse af den 'fænomenologisk unikke' fraværsbegivenhed? Hvordan kan de udtale sig universelt om fraværsfænomenet, når det er karakteriseret ved at være unikt? Bør en sådan modsætning ikke i det mindste anerkendes og udfoldes, i stedet for blot at blive behandlet ganske stedmoderligt?

At hævde, at disse tilsyneladende inkomensurable perspektiver blot afspejler en kompleks virkelighed og et komplekst problem, er uambitiøst. At fremhæve selvfølgeligheden af dette udsagn ud fra en (mere eller mindre) relativistisk position, som vil hævde, at disse perspektiver, hver især har gode sider, som er relevante i hver deres situation, er lige så problematisk. Sociologien har en opgave i at få virkelighedens modsætninger til at blive bragt i spil (f.eks. de modsætninger, der findes mellem forskellige perspektiver på sygefravær, herunder hvordan og hvorfor det skal måles på en bestemt måde). Adorno har en relevant betragtning om lige netop denne opgave, som i sig selv kan tjene som retningslinje for den måde et selvstændigt sociologisk perspektiv på sygefravær må vikles ud. I sin introduktion til den anden tyske positivisme strid skriver han følgende:

"If one were to strip sociology of everything which, for instance, does not strictly correspond to Weber's definition in the opening pages of *Economy and Society*, then there would be nothing left. Without all the economic, historical, psychological and anthropological moments it would shuffle aimlessly around every social phenomenon. Its *raison d'être* is not that of an area of study, of an academic 'subject', but rather the constitutive – and therefore neglected – context of those areas of study of an older type. It is a piece of intellectual compensation for the division of labour, and should not, in turn, be unconditionally fixed in accordance with the division of labour. But it is no more true to claim that sociology simply brings the contents of these areas of study into a more or less fruitful contact. What is called interdisciplinary co-operation cannot be equated with sociology. It is the task of the latter to reveal the mediations of the object categories – each one of which leads to the next. Sociology is orientated towards the immanent interplay of the elements dealt with in a relatively independent manner by economics, history, psychology and anthropology. It attempts to restore scientifically the unity which they form, in themselves, as societal elements, and which they constantly forfeit through science" (Adorno, 1976a, s. 55-6, n60).

Hvis Adorno således har ret i, at sociologien er defineret ved at være den videnskab, som forsøger at gribe *helheden* af samfundet (eller i dette tilfælde helheden af en social kendsgerning som f.eks. sygefravær), ja så er det ikke nok at pege på modsætningerne mellem perspektiverne. Så må modsætningerne relateres til hinanden og sættes i spil. De tilsyneladende uforenelige perspektiver på sygefravær afspejler nemlig den ikke-identitet, der findes mellem fænomenets konkrete væren og dets begrebsliggørelse. Modsætningerne mellem disse perspektiver er netop sygefraværsbegrebernes sandhedspotentiale: de peger alle hen på den modsætningsfyldte realitet, sygefraværsfænomenet er del af og udtryk for.

At sygefraværsfænomenet italesættes som et problem i den offentlige diskurs, og at dette sker på mange forskellige måder (f.eks. som *udgift*, som *produktivitetstab*, som *arbejdsmiljøbelastning* m.fl.) er med til at illustrere det iboende konfliktstof, fænomenet historisk udspringer af illustreret f.eks. gennem diskussionen af, om det er arbejdsgiverne, staten eller befolkningen selv, der skal bære byrderne ved uarbejdsdygtighed. Disse politiske forskelle, og de konsekvenser, det afleder i form af forskellige måder at opføre sig ved sygefraværet på, stammer altså ikke fra en upræcis definition af sygefraværsfænomenet, men derimod fra virkelighedens iboende og modsætningsfyldte væren.

Denne kompleksitet bliver naturligvis ikke mindre af at introducere endnu et perspektiv på sygefraværsfænomenet. Men før vi vender tilbage til diskussionen af de anvendte definitioner af sygefravær vil det være på sin plads at aflægge et visit ved den håndfuld artikler, som har fået prædikatet sociologi i de forskellige reviews af forskningen på området.

E. (Hverdags)sociologiens sygefraværsmål

I Alexanderssons afhandling om sygefravær fremhæves to internationalt publicerede artikler som eksempler på sociologiske perspektiver på sygefraværsfænomenet. Den ene er forfattet af den danske sociolog Tage Søndergaard Kristensen, og er et empirisk studie af slagteriarbejderes sygefravær, hvor tesen er, at sygefravær i visse situationer kan opfattes som en måde at cope på:

"This view implies that sickness absence is a type of *coping behaviour*, i.e. behaviour that is a reaction to sickness or symptoms or to the factors that caused the sickness or symptoms. Regarding sickness absence as a conscious coping behaviour is more useful than regarding absence from work or quitting one's job from a purely behaviouristic point of view as withdrawal behaviour, as is often seen in the literature. As pointed out by Brandth sickness absence can well be a rational coping behaviour seen in the light of a person's wish to keep his/her health and working capacity (and thus his/her job); as such it is the opposite of withdrawal behaviour." (Kristensen, 1991, s. 16-17).

Det mest interessante i dette citat er karakteristikken af sygefravær som en aktiv *handling*, der har sin egen rationalitet, som ikke nødvendigvis er identisk med den, der findes hos f.eks. ledelsen. Kristensen gør ikke så meget ud af de sociologiske rødder til denne tankegang, men dette punkt uddybes i den artikel af Berit Brandth, som flittigt citeres af ham:

"Det som ofte etterspørres når det gjelder kunnskap om fravær, er årsakene til fraværet. I samfunnsvitenskapen har vi som kjent flere forklaringsprinsipp. Jeg vil her anvende det intensjonale. Ut fra vår tilnærming ble det sentralt å se fravær som en handling. Dette hadde flere viktige implikasjoner. For det første innebar all handling at det finnes en handlende part (aktør). Fravær er en handling med individer som aktører. Den er et individuelt svar på arbeidslivets krav. En annen implikasjon er at det må eksistere et mål, en hensikt med handlingen. Fravær er således formålsrettet handling, et intensjonalt fenomen. Den utføres *for å* oppnå et eller annet. Ut fra dette betraktningssettet bliver det umulig å se fravær kun som et problem. I den grad fravær fra jobben har et løsningselement, får det et positivt innhold for den handlende. For det tredje er handling situasjonsbetinget. Fravær må derfor forstås ut fra den situasjon aktøren befinner seg i. En fjerde implikasjon er at handling har et normativt element. Det vil si at det velges mellom alternative handlinger for å nå målet (vel og merke hvis situasjonen byr på alternativer)." (Brandth, 1982, s. 483).

For den opmærksomme læser vil Brandths brug af begreberne om intentionalitet og for-at motiver bringe minder om den tysk-amerikanske sociolog Schutz, som i sin kritik af Webers handlingsteori, netop gjorde et stort nummer ud af at skelne mellem to forskellige motiver til handlinger: for-at motiverne, som henviser til den *mening* aktøren har med sin handling, og fordi-motivet, der henviser til de *objektive omstændigheder*, som har ført til den situation, hvor for-at motivet viser sig og bliver relevant. Sidstnævnte er det muligt at rekonstruere videnskabeligt og give en anden-ordens forklaring, mens det

første motiv må gribes gennem forsøg på at *forstå* de forventninger, aktøren har til fremtiden, såfremt den handling for-at motivet refererer til gennemføres (se Brandth, 1982, s. 495n5).

Som det ses, stiller dette perspektiv på sygefraværsfænomenet helt andre krav til, hvad der er relevante aspekter at inkludere, hvis man skal måle sygefravær betragtet som en *handling*. Her er det ikke længere tilstrækkeligt at måle *antallet* af nye tilfælde, og sætte det i forhold til den tid, hvor det var muligt, at disse tilfælde kunne indtræde. Hvis sygefravær skal betragtes som en handling, må det ligeledes være nødvendigt at 'måle' aspekter, der er relevante til at afdække *både* fordi- og for-at-motivet. Når sygefravær reduceres til et spørgsmål om episoder, hvor meningen med handlingen ikke anses for at være vigtig, går vi således glip af en væsentlig del af fænomenet – i hvert fald hvis vi betragter det fra et (hverdags)sociologisk perspektiv.

Det andet eksempel, på et sociologisk sygefraværsperspektiv vi finder en henvisning til i Alexanderssons afhandling, er en artikel af franskmanden Nicolas Dodier fra 1985. Her er det ikke så meget Schutz's fænomenologiske tradition, der er inspirationskilden, som den symbolske interaktionisme, labelling-teorien og Goffmann. Man får et klart indtryk af perspektivet, hvis man læser denne passage fra starten af Dodier's ganske interessante artikel:

"Social interactions at the workplace occur every day both before and after the doctor has labelled the person 'sick' or 'on sick leave'; they are a tight mesh that surrounds and joins together the latter's contacts with medical institutions. Unlike in the doctor's office, sickness is not to be taken for granted as the centre of interactions at the workplace. On the contrary, it is insinuated in talks and exchanges until it covers all aspects of social life at work. On-the-job interactions do not definitely and explicitly label the person, as happened in the doctor's office through the diagnosis or sick leave permission. From these remarks, it follows that the way moral judgments are made at the workplace about sick employees is quite different from corresponding processes of evaluation (which have been studied) in the medical field. The world of work is often missing in the sociology of illness. In turn, sickness itself seldom comes under consideration in the sociology of work." (Dodier, 1985, s. 123)

For Dodier er det således ikke nok at se på de forventninger, der er knyttet til sygerollen, som den spiller sig ud i forhold til sundhedsvæsenet, og særligt i interaktionen mellem læge og patient. I forhold til sygefraværsfænomenet er der de ekstra implikationer, at sygerollen også indebærer at være fritaget fra forpligtelser, der knytter sig til arbejdsrollen. Her er det ikke lægen som en – i hvert fald i danske tilfælde – helt udenforstående person i forhold til arbejdspladsen, der har det eneste ord at skulle have sagt. Her spiller både kollegaer og overordnede vurderinger af fraværet også ind.

"This institutional framework has major sociological implications. A doctor not only diagnoses an illness and labels a person as 'sick' but also assigns him another label – 'on sick leave' – in the form of a medical certificate that permits him to stop working for a fixed period. People at the place of work react both to the reality of the sickness and to the expediency of a sick leave granted for so many days...Although the prescription of sick leave by the doctor can be directly verified on the medical certificate in the employer's possession, this certificate does not systematically work because, in fact, fellow employees and superiors lay down rules of conduct that may differ from the physician's" (Dodier, 1985, s. 124-5).

Ifølge Dodier består disse 'rules of conduct' af moralske evalueringer, der knytter sig til såvel den sygefraværendes fysiske tegn på sygdom, såvel som hans tidligere 'moralske' position. Hermed mener Dodier f.eks. den sygemeldtes politiske overbevisninger og hans livsstil mere generelt. På den måde gøres sygefraværet, og 'lægbedømmelsen' af om det kan legitimeres, til en kvalitet, der også udsiger noget om personens moralske karakter; en moralsk karakter, som igen bliver brugt til at bedømme efterfølgende sygefravær, men som ifølge Dodier også kan få indflydelse på personens 'karriere muligheder'.²⁶

Fra et sociologisk perspektiv er det interessant, at sygefravær i disse situationer tilsyneladende får karakter af at være enten et adelsmærke eller et brændemærke for den sygemeldte. Men det får ydermere den konsekvens, hvis vi skal forsøge at relatere det til diskussionen af, hvordan sygefraværsfænomenet mest hensigtsmæssigt måles indenfor rammerne af et hverdagssociologisk perspektiv, at det ikke er muligt alene at fokusere på selve sygefraværshandlingen. Det er nødvendigt samtidig at fokusere på de strukturer på arbejdspladsen (såvel som andre steder), der virker som en barriere for, at denne type af handling er attraktiv i tilfælde af uarbejdsdygtighed. Både Dodier og Brandth rapporterer således på baggrund af deres kvalitative studier af sygefraværsfænomenet om ansatte, der fortæller, hvordan deres kollegaers eller nærmeste leders vurdering af sygefraværets legitimitet i visse tilfælde afholdt dem fra at tage sygefravær, selvom de havde symptomer eller var decideret syge. I sådanne situationer var lægens vurdering ikke relevant, og blev slet ikke taget med i lægbedømmelsen af sygdommen. Dodier nævner i artiklen en sælger som eksempel på et job, hvor et godt helbred er så vigtigt, at selve sygefraværet bliver irrelevant, fordi fravær som sådan er uforeneligt med at besidde jobbet (Dodier, 1985, s. 126). Men man kan også forestille sig den modsatte situation, hvor fravær bliver irrelevant, så længe de arbejdsopgaver, der er knyttet til et bestemt job, bliver udført til rette tid. F.eks. vil sygefravær være irrelevant, såfremt den sygemeldte blot kan arbejde og udføre sine arbejdsopgaver hjemmefra, som det f.eks. er tilfældet for mange karriereorienterede mennesker.

Dermed bliver det lige så interessant at se på de episoder, hvor en person vælger at *lade være med* at tage sygefravær på trods af at have symptomer eller sygdom, lægen ville anse for at være tilstrækkeligt til at udløse en sygemelding. Sagt på en anden måde bliver episoder af *sygenærvær* og samspillet mellem sygefravær og sygenærvær uundværlige bestanddele af en sociologisk analyse af sygefraværsfænomenet, og dermed for den måde det må måles og operationaliseres.

I min egen litteratursøgning er jeg stødt på ét yderligere studie, som også eksplicit tager udgangspunkt i et sociologisk perspektiv på sygefraværsfænomenet. Det finder man hos englænderen Paul Bellaby, som har studeret helbred, arbejdsulykker og fraværsmønstre med udgangspunkt i en engelsk pottfabrik. Bellaby nævner selv Marx og medicinsk sociologi som udgangspunktet for hans forskning, men i modsætning til såvel Dodier og Kristensen finder man hos Bellaby referencer til en lang række andre sociologiske positioner som f.eks. Beck, Giddens, Garfinkel og Weber. Ét væsentligt kritikpunkt, man kan indvende mod såvel Dodier som Brandths forståelse af sygefravær som en *handling*, er, at man ikke altid kan forudsætte, at en episode af sygefravær rent faktisk kan betragtes som en handling:

"Much absence is not the result of conscious choice but is the result of nonvolitional forces... By the same token, most attendance is not the result of a daily 'decision' of any conscious kind but is behaviour executed in accordance with established norms, routines, customs and habits. The attendance behaviour of most employees is effectively on 'automatic pilot', and indeed their conscious decisional process will probably have played only a small part in the original setting of the normative controls that thereafter guide their behaviour." (Johns & Nicholson, 1982, s. 135).

Pointen hos Johns og Nicholson minder meget om den kritik af handlingsteorien, Giddens fremfører i *New Rules of Sociological Method*. For Giddens er det vigtigt at skelne mellem forskellige aspekter af handlingsbegrebet, og de implikationer det medfører. Således er udgangspunktet for ham, at alle menneskelige aktører befinder sig i en konstant 'strøm af gennemlevede erfaringer', hvor handlinger udgør den kontinuerlige intervention i omverdenen af en aktør, som er i stand til at påvirke den kausalt. At, der er tale om et flow, betyder også, at identifikationen af handlinger i bestemt form, altid foregår i retrospekt, og på den måde er fjernet tidsligt fra selve gennemlevelsen og erfaringen af handlingen. Det er en vigtig pointe i forhold til den tillæggelse af mening, både Brandth og Kristensen fremhæver ovenfor. En sådan tillæggelse af mening til en handling kan nemlig enten ske *før* handlingen udføres – altså

som en intention eller et længerevarende projekt eller *efter* handlingen er gennemført, hvor man kan rationalisere og forsøge begrunde overfor sig selv eller andre, hvorfor man gjorde, som man gjorde. Det betyder, at selve strømmen af handling ikke nødvendigvis er udtryk for eller bestemt af en *bevidst* beslutningsproces, sådan som Johns og Nicholson også fremhæver det – ikke fordi der således er tale om ren *adfærd*,²⁷ men fordi handlingsstrømmen indgår som en del af et større projekt (f.eks. vil det at gå på arbejde måske for nogle være en del af et projekt om at realisere sig selv, mens det for andre vil være et middel til at nå andre mål f.eks. at få råd til at tage på ferier) (se Giddens, 1993, s. 77-93). Pointen hos både Giddens og de to psykologer er naturligvis, at det at møde på arbejdet – når det først er blevet gjort til en rutineret praksis (altså en 'handlingsstrøm') – ikke længere kan betragtes som en daglig beslutning, der træffes hver eneste dag, inden man møder på arbejdet. Det vil i hvert fald være i undtagelsestilfælde, at en persons rutiner på den måde lægger op til, at arbejdet skulle være et bevidst valg hver eneste dag. Til gengæld betyder det samtidig, at netop umuligheden af at holde rutinerne i gang, gør, at *sygefraværet* i langt højere grad end det at gå på arbejde må betragtes som en 'beslutning'. Betragtet på den måde bliver sygefravær en *afvigelse* fra dagligdagens normale rutiner, som efterfølgende kræver en diskursiv behandling ('en rationalisering af ens handlinger' i Giddens forstand). Det kunne f.eks. være i forhold til de øvrige aktører, som har forventninger til den sygemeldte, om at vedkommende er til stede på et givent sted på et givent tidspunkt. Bellaby beskriver denne proces på følgende måde:

"In employment, the body has to fit the requirements of jobs and produce acceptable effort. Employees accommodate to this by developing rhythms. Employers try to enforce their requirements by watching over employees and giving incentives to comply. Should the employee's rhythm break down, he or she will experience discomfort, and failure to regain rhythm under pressure can cause distress. Alternatively, distress may start the process rather than finish it. Thus, a row with a supervisor or with one's partner at the home can affect work rhythm, leading to discomfort. The distress may well be amplified by the process that has already been described. Disease and injury may enter either in the process or as the outcome. Thus, loss of rhythm, for whatever reason, makes a manual worker, word-processor or data-entry clerk vulnerable to strain injuries. Disease may also be the outcome. Conversely, disease or injury may cause loss of rhythm. For example, 'flu makes people slower in their reactions and less capable of concentration. The rhythm which enables one to maintain the required pace can no longer be sustained. If there is no decision latitude on the job itself, the person with 'flu has little option but to take time-off. If he or she stays at work and tries to soldier on, it is at increased risk of accidental injury.'" (Bellaby, 1999, s. 19).

For Bellaby kan selve udførelsen af arbejdsopgaverne derfor betragtes, som et sæt af forbundne handlinger, der skal mestres og rutiniseres, så de udgør et flow, hvor bruddet på flow'et er det, som af og til nødvendiggør sygefravær. Bellaby's betragtninger ligger dermed i forlængelse af Brandth og Kristensens opfattelser af sygefravær som forsøg på at 'cope' med diverse helbredsrelaterede problemer, for på den måde at genfinde den 'rytme' arbejdet kræver. Jo strammere kontrollen med de ansattes arbejdsopgaver er, og jo mere fastlagt disse er fra ledelsens side, f.eks. for at optimere arbejdsprocessen mest mulig, desto vanskeligere vil det være for den ansatte selv at skabe sig en rytme og evt. tilpasse rytmen i tilfælde af f.eks. svækket helbred.

Man mærker tydeligt, at både Bellaby, Brandth og Kristensens studier er baseret på klassiske industriarbejdere, hvilket gør det vanskeligt umiddelbart at overføre idéen om sygefravær som coping til andre erhverv. Men der er dog næppe noget til hinder for at forestille sig, at også funktionærer og vidensarbejdere, i hvert fald i nogen grad også kan tænkes indenfor rammerne af dette perspektiv. Her er det måske i mindre grad de *fysiske* belastninger kroppen udsættes for, der skal bringes i rytme, som det mentale pres, der f.eks. følger af arbejdet med deadlines eller målopfyldelse. Der kan også være et pres forbundet med den ansattes egne forventninger til arbejdsindsats og ikke kun ledelsens forventninger. Alt dette gør det dog nødvendigt at forholde sig eksplicit til den *kontekst*, indenfor hvilken sygefraværet

udspilles som en aktiv handling. Alternativerne til at tage fravær afhænger nemlig af de *krav, der stilles til kroppen* (forstået i en meget bred forstand), den *magt* individerne har til at *tilpasse disse krav til faktisk formåen*, og som det blev påpeget ovenfor med udgangspunkt i Dodier og Brandth af de *barrierer og sanktioner*, som knytter sig til de to alternativer (fravær vs. nærvær).

Hvis vi skal forsøge at samle op, må der være to vigtige pointer i denne sammenhæng: 1) et hverdagssociologisk sygefraværsmål må fortrinsvist basere sig på *frekvensen* af episoder. Antallet af episoder er umiddelbart mere relevante (end f.eks. længden af disse episoder), hvis man opfatter dem som et brud på hverdagens rutinemæssige gåen-på-arbejde, dvs. et brud med de forventninger, der er knyttet til arbejdsrollen. Igen er det væsentligt at fremhæve, at der ikke er noget absolut i dette forhold, da man vil kunne komme i en situation, hvor den normale rutine for bestemte subgrupper af personer (eller enkeltindivider) er at praktisere et brud mellem de forskellige roller, man besidder. F.eks. kan vi forestille os, at mennesker ansat på boreplatforme eller i skibsfarten vil have en helt anden måde at forholde sig til sygdom på, da de ikke ville kunne tage fravær på samme måde som almindelige lønmodtagere. Ligesom hele spørgsmålet om de selvstændige og deres muligheder for at tage fravær er af en kvalitativ anderledes karakter end lønmodtagerne.²⁸ I disse tilfælde er det næppe tilstrækkeligt eller mest relevant at fokusere på antallet af episoder alene. 2) Det sociologiske perspektiv er dog ikke sikret alene ved at fokusere på episoder eller i det hele taget ved at fokusere udelukkende på *kvantiteter*. Det er helt nødvendigt også at fokusere på forskelle i sygefraværshandlingens *kvalitet*, dvs. på den mening, der er tillagt sygefraværshandlingen. Dette aspekt er helt og aldeles fraværende fra langt de fleste sygefraværstudier, og f.eks. også fra Hensing og kollegaers artikel om forskellige sygefraværsmål. Men inden vi dykker yderligere ned i dette spørgsmål med yderligere eksempler fra ASUSI-undersøgelsen, vil det være relevant at tage en samlet diskussion af de tre forskellige tilgange til definitionen af og måderne at opgøre sygefravær på.

F. Hvorfor er man sygefraværende?

Hvis uensheden i hyppigheden af fravær og nærvær udgør én dimension af fænomenet, som vanskeliggør dets definition (og dermed muligheden for at reducere måden at måle fænomenet på til ét tal), så introducerer det faktum, at sygefraværet aldrig er begrundet i sig selv, men altid i en eller anden omstændighed endnu en dimension i dette. Som vi så ovenfor er det dog ikke noget, der interesserer den etablerede (i al væsentlighed epidemiologisk-inspirerede) *sygefraværsforskning* synderligt. Her fokuserer man oftest alene på selve fraværsbegivenheden. I sig selv virker det besynderligt, for det ville svare til, at man udelukkende interesserer sig for 'all-cause mortality', og aldrig fokuserer på den specifikke årsag til et dødsfald. Og selvom analyser af førstnævnte bestemt er interessante og vigtige i epidemiologien, så kan vi næppe forestille os medicinsk forskning, der udelukkende opererer på et så generelt niveau i andre felter end sygefraværsforskningen.

En undtagelse fra dette er dog Michael Marmot og kollegaerne fra Whitehall-studierne, der netop fremhæver, at:

"In addition to examining spells of different duration, it would be useful to examine spells with different reasons for absence. We are currently collecting data on diagnosis of certified absence and will be able to investigate further the relationship between baseline health and different disease categories." (Marmot et al, 1995, s. 129).

Problemet hos Marmot er, at begrundelser til at tage sygefravær bliver 'oversat' til 'diagnoser' og 'sygdomskategorier'. Her forudsætter man derfor indirekte, at sygefraværets 'mening' kan reduceres til, eller i hvert fald gøres betinget af den (medicinsk-biologiske) diagnose, den sygemeldtes helbredstilstand

er udsprunget af. Dette er dog en antagelse, der bør granskes nærmere, for det står i hvert fald klart, at man ved at gøre sådan, helt ser bort fra den *mening* sygefraværshandlingen tillægges i den sygemeldtes hverdag. I en senere artikel, hvor Marmot og kollegaerne netop behandler spørgsmålet om begrundelser til sygefravær, finder de, at hhv. forkølelse/influenza samt maveonder er de to mest dominerende begrundelser for korttidssygefraværet (dvs. fraværsepisoder af mindre end 7 dages varighed). Men de stiller dog spørgsmålstejn ved hvor troværdige og præcise oplysningerne er, da det er selv-rapporterede diagnoser (Feeney, North, Head, Canner & Marmot, 1998, s. 96). Bekymringen er altså, at vi ikke kan stole på det, de ansatte angiver som begrundelser for deres sygefravær. I stedet citerer de fem Whitehall forskere et studie fra 'The Industrial Society', hvor 'employers [were] asked what they considered to be the true reasons for absence; absences reported as colds and flu were thought to be genuine, whereas absences reported as stomach upset were thought to be a cover for emotional or personal problems or stress.' (Feeney et al, 1998, s. 96). Det er meget paradoksalt, at man uden videre vurderer *arbejdsgivernes* syn på sygefraværets 'reelle' årsag som mere præcist, end det som de sygemeldte selv har angivet. Der bliver i hvert fald ikke stillet argumentation til rådighed, som understøtter en sådan forestilling. Men faktum er, at man overser den mening fraværshandlingen har for den, der melder sig syg, når man på den måde begrænser sig til at opfatte sygefravær, som værende identisk med sygdom. I virkeligheden abonnerer Whitehall-forskerne på en langt mere snæver opfattelse af helbred, end man gør i det tidligere studie, hvor man refererer til WHO. For her blev sygefravær defineret som et godt mål for helbred, fordi det inkluderer de *sociale* aspekter af fænomenet også. De få eksisterende studier, der udelukkende har benyttet sig af diagnoser til at gruppere sygefraværet efter, vil derfor ikke være til megen hjælp, for at nå til en bedre forståelse af sygefravær som en handling, der er motiveret (eller i hvert fald rationaliserbar). Ofte sker der det i epidemiologisk-inspirerede sygefraværstudier, at man ekskluderer de fraværsepisoder, som ikke helt utvetydigt kan henføres til en bestemt diagnose og helbredstilstand (f.eks ved fokusere på sygefravær af en længde på over 7 eller 14 dage). Det gør man også i det store svenske review af sygefraværslitteraturen, hvor der ses helt bort fra den del af forskningslitteraturen, der beskæftiger sig med fravær af andre årsager end sygdom (Alexandersson & Norlund, 2004b)

Umiddelbart kan det jo virke indlysende at ekskludere sådanne episoder af fravær, fordi de i virkeligheden ikke stemmer overens med idéen om sygefravær, som jo netop er defineret ved, at man er fraværende med *sygdom* som angivet årsag. Men som vi så ovenfor er helbredstilstanden ikke fuldstændig afkoblet fra de forhold, som findes i personens arbejdsliv, endsige dem, der findes i privatlivet. F.eks. vil man kunne forestille sig, at folk, der lider af arbejdsbetinget eksem ville kunne opretholde en rytme i arbejdsrutinerne ved at tage periodisk fravær for at restituere sig, uden de i klinisk forstand var syge. På samme måde kan en person finde på at *undlade* at sygemelde sig på trods af helbredsproblemer ud fra den betragtning, at det arbejde, der skal varetages på virksomheden, er nødt til at blive udført (tænk blot på guldsmeden Kelds udtalelser ovenfor). Når der sker en sådan 'sammenblanding' af motiver og begrundelser bliver det problematisk helt at se bort fra de episoder af sygefravær, som ikke er direkte relateret til en medicinsk diagnose. Det virkelige problem i denne sammenhæng er, at man ved at fokusere på diagnosen, (eller endnu værre helt undlade at fokusere specifikt på, hvad fraværet er relateret til), sætter parentes om den mening, den enkelte tillægger sit eget fravær. Hermed opstår der et 'pseudoneutralt' sygefraværsmål, som kun tilsyneladende er blottet for den mening, der er tillagt fænomenet. Dette er særligt tydeligt, når man tager i betragtning de personer, som undlader at sygemelde sig – ikke af medicinske grunde – men af forhold på arbejdspladsen eller i hjemmet. For her bliver sygefraværet så at sige kunstigt lavt, hvis man bruger målet som en proxy for helbred. Og samtidig er den mening, der tillægges sygenærvershandlingen ikke defineret som et rent positivt valg, men i ligeså høj

grad defineret og tillagt mening negativt ud fra en overvejelse af de konsekvenser, der vil følge med en sygemelding.

Der er således mange gode grunde til ikke blot at forsøge at nå til en erkendelse af de specifikke diagnoser, som beskriver det sygdomsmønster, der lægger bag sygefraværet for den enkelte. Det er ligeledes nødvendigt at beskrive sygdomsmønstret og det handlingsmønster, som er forbundet til det ved hjælp af den mening, fraværet bliver tillagt af den sygemeldte. Dette er i hvert fald en nødvendighed, hvis man vil undersøge sygefravær ud fra et hverdagssociologisk perspektiv.

Hvis vi husker på Atkin og Goodman's (1984) artikel om mål for fravær, var ét af deres udgangspunkter, at der findes forskellige typer af fravær, og at disse typer ikke nødvendigvis er bestemt af samme bagvedliggende årsager, og derfor rent praktisk ikke kan dele teoretisk model for at kunne blive forklaret. Denne påstand er snævert forbundet til forestillingen om, at der er forskellige begrundelser for sygefravær, og at disse ikke nødvendigvis er helbredsrelaterede alle sammen, eller i hvert fald ikke er det i samme grad. Hvis den epidemiologisk-inspirerede litteratur er fattig, hvad angår studier af de mulige begrundelser for sygefravær, ser det en smule lysere ud for den del af litteraturen, som er inspireret af psykologien og managementstudierne.

Ét af de mest velgennemtænkte studier af fravær, der netop forsøger at tage højde for de individuelle forskelle i mening, fraværsfænomenet indeholder, er foretaget blandt canadiske sygeplejersker. Studiet var delt i to faser, hvor man først forsøgte at afdække så mange forskellige begrundelser til at tage fravær som muligt. Derudover bad man deltagerne om at nævne alle de grunde, der havde været til, at de *ikke* tog fravær, selvom de havde haft lyst til at gøre det. Hackett, Bycio & Guion (1989) finder mere end 30 forskellige begrundelser til at tage fravær hos gruppen af hospitalssygeplejersker, ligesom der er 24 forskellige grunde til, at de på trods af at have haft lyst til at tage fravær, ikke gjorde det alligevel. Den næste fase af undersøgelsen bestod derefter af et dagbogsstudie, hvor hver af de i alt 54 deltagende sygeplejersker i 4-5 måneder blev bedt om at angive, i hvor høj grad de havde haft lyst til at tage fri fra deres vagt, ligesom de bliver bedt om at svare på andre spørgsmål vedførende begrundelserne for at vælge fravær eller undlade at vælge det. Samtidig kobledes disse besvarelser til hospitalets register, så man havde oplysninger om det reelle fraværsmønster for hver af de 54 deltagere. Hackett og hans kollegaer fandt, at de fleste af de mere end 30 begrundelser betød noget for *nogle* af sygeplejerskerne. Men en del af dem var uden betydning, når de blev summeret op i gennemsnit og vurderet på gruppeniveau. Det blev taget som bevis for Johns og Nicholsons påstand om, at fraværsmønstrene er fænomenologisk unikke, selvom forskerne dog fastholdt en forestilling om, at der vil være nogle ligheder på gruppeniveau sådan, at f.eks. individer inden for samme type af job eller med samme familiære baggrund vil have visse lighedstræk i de omstændigheder, der skaber ønske om eller direkte producerer fravær.

Amerikanerne Martocchio & Judge (1994) eksperimenterer også med et såkaldt 'within-subjects' studie – dvs. et studie, der tager højde for individuelle forskelle, og sammenligner individets svar med sig selv i stedet for blot at sammenligne dem med andre (dvs. laver et 'between-subjects' studie). Rationalet er det samme som hos deres canadiske kollegaer. De finder, at fraværsmotivationen ikke forklares af de samme faktorer for alle individer. Men individerne klumper sig sammen i 'clusters', hvor bestemte begrundelser vejer tungere end andre:

"The results from the cluster analysis suggest that the importance attached to the factors hypothesized to predict absence decisions is not the same for all individuals. Furthermore, while the importance of these factors was not the same for all individuals, neither was it different for all individuals... While perhaps the meaning of absence-inducing events is not phenomenologically unique to all individuals, our results do suggest some uniqueness between subgroups of individuals." (Martocchio & Judge, 1994, s. 379-81).

Der er med andre ord basis for at lave en vis generalisering mellem individer, hvis man tager højde for den gruppe, de tilhører. Men det er mere vanskeligt mellem grupper med meget forskellige vilkår.

De begrundelser, der kunne identificeres på gruppeniveau i hhv. det amerikanske og det canadiske studie vil i nogle tilfælde også være relevante for danske forhold, som f.eks. personlige problemer, træthed og arbejde-hjem-konflikter. Men det er også klart, at såfremt fraværsbegivenhederne er 'fænomenologisk unikke' for særskilte sociale grupper, så vil det også betyde kontekstforskelle, som gør, at det ikke nødvendigvis er de samme aspekter, der inducerer fravær eller ønske om fravær hos den danske kernearbejdsstyrke som dem, der betyder meget for nordamerikanske erhvervsaktive.

Så, selvom den arbejds- og organisationspsykologiske tilgang til dette aspekt af sygefraværsfænomenet er lovende, er der dog alligevel en række problemer forbundet med den: 1) For det første, er der næsten aldrig tale om repræsentative studier af en hel befolkning. Derimod anvendes ofte ansatte på virksomheder eller andre afgrænsede grupper. I den forstand er der tale om studier med case-designs, som man forestiller sig kan generaliseres ud fra, med henvisning til grundlæggende psykologiske processer, som er alment menneskelige. Dermed forsvinder betydningen af konteksten for sygefraværshandlingen, fordi menneskets reaktion på den, kan reduceres til generelle psykologiske processer og ikke noget, der er unikt for bestemte grupper i bestemte situationer. 2) For det andet bliver de begrundelser, psykologien opererer med, betragtet som 'attributions', dvs. som (positivt ladede) forklaringer individer *tilskriver* deres eller andres adfærd. Det kunne i mange henseender lyde, som værende identisk med Webers forståelse af handlinger som adfærd, hvortil individer tillægger mening. Men der er underforstået i psykologien en mistro overfor de forklaringer, man tilskriver f.eks. sine episoder af sygefravær. Et eksempel på en sådan mistro kunne f.eks. tage sig sådan ud:

"First, the factors life controlled by chance and learned helplessness suggest a profile of an unfavorable self-concept such that effort is decoupled from the outcome. Individuals high on these dispositions are likely to chronically assign external attributions to absences because they probably believe that their attendance is impeded by any number of agents (e.g., transportation problems). These individuals may not feel they possess the resources necessary to effect positive control over the factors that hinder their attendance (e.g., using public transportation as a backup to using one's car) because they are likely to believe that some other agent (e.g., an ill child) will lead to absence. Moreover, it is unlikely that individuals high in the belief that life is controlled by chance would take responsibility for their actions simply because they do not believe it is possible." (Judge & Martocchio, 1996, s. 856)

Når et individ bruger eksterne 'attributions' – som f.eks. at ens bil er gået i stykker - til at forklare (og dermed også retfærdiggøre) deres fravær, skyldes det ifølge de to psykologer, at de på grund af deres 'selvlærte hjælpeløshed' har en tendens til at overse de alternative muligheder, der findes i situationen. I dette tilfælde ville det indebære, at vedkommende benyttede sig af offentlig transport i stedet for at bruge den ødelagte bil som undskyldning. Selvom der formentlig kan være situationer, hvor der vitterligt er tale om undskyldninger eller 'attributions' for ens adfærd, så overser forfatterne her den mulige betydning af forskellige kontekstuelle faktorer, der kan umuliggøre, at der rent faktisk *er* alternativer. Vi ved f.eks. ikke om individet bor i nærheden af offentlig transport, eller skal nå at aflevere sit barn et andet sted inden vedkommende skal på arbejde. Det er psykologerne her også ligeglade med, fordi det kontekstuelle og strukturelle niveau falder ud af deres perspektiv. 3) Det arbejds- og organisationspsykologiske perspektiv på sygefraværsfænomenet er på mange måder overlappende med et hverdagssociologisk perspektiv. Hvilket i øvrigt ikke er så mærkeligt, da sociologien ifølge Adorno netop kun meget vanskeligt kan udgrænses som en selvstændig disciplin (for en diskussion af det se Hansen, 2004, s. 66-74). Men pointen er, at det er *helheds*perspektivet, fokus på totaliteten af forhold, der betinger fænomenet, som er den særlige sociologiske vinkel på fænomenet. Det indebærer også, at man – i hvert fald i første omgang

– tager folks forklaringer på deres handlinger alvorligt, også selvom de efterfølgende bliver kritiseret for de modsætninger, de måtte indeholde. Adorno bemærker om dette:

“For the findings of what is called—not without good reason—'opinion research' Hegel's formulation in his *Philosophy of Right* concerning public opinion is generally valid: it deserves to be respected and despised in equal measure. It must be respected since even ideologies, necessary false consciousness, are a part of social reality with which anyone who wishes to recognize the latter must be acquainted. But it must be despised since its claim to truth must be criticized. Empirical social research itself becomes ideology as soon as it posits public opinion as being absolute.” (Adorno, 1976d, s. 85)

Det nytter altså ikke noget bare naivt at overtage individernes begrundelser for deres fravær uden sværds slag. Men selv i de tilfælde, hvor der er tale om fejlagtige eller ideologiske ‘attributions’ af forklaringer til deres handlemåder er denne ‘attribution’ en del af virkeligheden, som må holdes in mente. Her nytter det ikke noget blot at reducere det til individuelle patologier, der skyldes skavanker i psyken hos de fraværende, sådan som det vil ske for psykologerne. At den ‘offentlige opinion’ må respekteres, og at makroniveauet er fraværende i den psykologiske tradition indebærer også, at netop holdninger til sygefraværsfænomenet bliver væsentligt. Som vi så ovenfor i diskussionen af Dodiers studie er netop forskellige grupperes holdninger til spørgsmålet om sygefraværets legitimitet i bestemte situationer af stor betydning, da en meget negativ indstilling til fraværet kan virke som en barriere, der forhindrer ellers syge individer i at tage fravær. Dette område er helt og aldeles uudforsket, og vi har derfor ikke mulighed for at trække på eksisterende viden til at kvalificere diskussionen af dette spørgsmål.

Men det vil være naturligt at se nærmere på de muligheder, der er til at belyse disse områder ved hjælp af materialet fra ASUSI-undersøgelsen. Det betyder i første omgang (G), at de begrundelser, der er taget i anvendelse for at forklare og gøre episoder af sygefravær meningsfyldt, bliver præsenteret. Det indebærer såvel medicinske som ikke-medicinske forklaringer på sygefraværet i overensstemmelse med forestillingen om, at sygefraværsfænomenet er ganske komplekst. Samtidig (H) er det dog også nødvendigt at se på den måde, eventuelle episoder af sygenærvær bliver begrundet på. Selvom undersøgelsen på dette punkt ikke indeholder så nuancerede spørgsmål, som man kunne ønske sig, er det dog alligevel elementer, der kan gøre indsigten i sygefraværsfænomenet, og den måde sygefravær praktiseres på, større. For at belyse makroniveauet nærmere præsenteres der herefter (I) en række tabeller, der viser kernearbejdsstyrkens holdninger til at tage sygefravær. Til slut (J) opsummeres de væsentligste pointer fra dette kapitel.

G. Begrundelser for at tage sygefravær i kernearbejdsstyrken

I ASUSI-undersøgelsen spurgte vi om betydningen af i alt 16 forskellige begrundelser for at tage sygefravær, ligesom det var muligt for deltagerne at komme med yderligere begrundelser for deres fravær, såfremt de ikke følte, svarmulighederne var dækkende for deres tilfælde. Hvis vi i første omgang ser på *antallet* af begrundelser, kan vi se, at det for langt de fleste medlemmer af kernearbejdsstyrken begrænser sig til én eller to forskellige begrundelser. Der er selvfølgelig gruppen på 30%, som intet sygefravær har haft, (og derfor heller ikke kan have nogen begrundelser derfor), men derudover er der en gruppe på ca. 25%, som har én begrundelse for deres fravær, og en lige så stor gruppe, som har 2-3 begrundelser. Der er blot 15%, som har mere end tre forskellige grunde til at have taget fravær i de seneste 12 måneder, og af dem blot 1/3, som angiver mere end 5 begrundelser.²⁹ Dette er der i sig selv ikke noget overraskende i – og det er der heller ikke i, at der er en meget klar sammenhæng mellem antallet af sygemeldinger og antal begrundelser for sygemeldingen. Men der er dog også visse forskelle, som man kan se af tabel 3.7 nedenfor.

Tabel 3.7 Sammenhæng mellem antal sygemeldinger og antal begrundelser for fravær. Procent.

	Antal sygemeldinger (Selvrapporteret)					Total
	1 gang	2-3 gange	4-5 gange	6-10 gange	mere end 10 gange	
1 begrundelse	79	29	10	5	10	3.714
2-3 begrundelser	19	56	46	37	41	3.066
4-5 begrundelser	2	13	32	36	28	861
6+ begrundelser	1	3	12	22	22	276

Her ser vi nemlig, at lidt mindre end 20% af de, der angiver at have været sygemeldt 2-3 gange i året før, tilsyneladende har været sygemeldt af mere end én grund af gangen, og at den mening, der tillægges fraværet er mere sammensat end man umiddelbart skulle tro. Der er også en mindre gruppe, som rapporterer færre begrundelser end antallet af sygemeldinger, hvilket blot indikerer, at det enten er den samme sygdom eller i hvert fald lignende omstændigheder, som ligger bag alle deres sygemeldinger. Pointen med dette er at illustrere, at en reduktion af indholdet af fraværsbegivenheden til én diagnose, er problematisk, hvis vi ønsker en indsigt i, hvordan sygefraværssænenomenet tager sig ud i et hverdagslivsperspektiv.

Men hvis vi forlader denne indholdsløse diskussion af fraværsbegivenhederne, og i stedet fokuserer på fordelingen af selve begrundelserne får vi det billede, som viser sig i tabel 3.8 nedenfor.

Her kan vi ikke overraskende se, at 'forkølelse, influenza og anden forbigående sygdom' er den absolut mest hyppige begrundelse for sygefravær. Hele 77% af de erhvervsaktive, som har haft mindst én sygemelding, har været sygemeldt på grund af dette, og det er der ingen af de andre begrundelser som kommer i nærheden af det. Den næstmeste angivede grund er bevægeapparatsmerter, hvilket også er forventeligt givet det niveau af smerter, der normalt rapporteres i befolkningen som helhed (SUSY, 2006, s. 154-61) samt det faktum, at bevægeapparatsmerter gennem en lang årrække har været den næst mest hyppige begrundelse for tilkendelse af førtidspension (Ankestyrelsen, 2006, s. 54-5). Der er således mindst 26% af de erhvervsaktive, som dør så meget med rygsmerter og lignende, at de er nødt til at sygemelde sig mindst én gang i løbet af en 12 måneders periode.

Tabel 3.8 Fordeling af begrundelser for sygefravær i kernearbejdsstyrken. Procent.

<i>Tænk på de gange du har været sygemeldt de sidste 12 måneder og overvej, hvad de primære grunde har været til, at du meldte dig syg? I hvor høj grad skyldtes dine sygemeldinger...</i>	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke
Forkølelse, influenza eller anden forbigående sygdom?	54	16	8	22
Smerter i nakke, ryg, arme eller ben, som ikke skyldtes ulykker?	11	10	5	74
At du var nødt til at gå tandlæge, læge eller lignende?	5	5	9	81
At du havde hårdt brug for en fridag (fx til at koble af)?	4	8	7	81
Længerevarende sygdom eller operation?	7	2	1	90
Andet (skriv hvad)	7	2	1	90
At du skulle passe et sygt barn (udover barnets første sygedag)?	3	3	4	90
Personlige problemer eller problemer i familien?	2	4	4	90
Følger efter ulykke i hjemmet, trafikuheld eller i forbindelse med fritidsinteresser?	5	2	2	91
Følger efter ulykke på arbejdet (fx snitsår, forvridning af led mv)?	3	2	2	93
Problemer eller kontroverser med din chef?	1	1	2	96
Problemer eller kontroverser med dine kollegaer?	0	1	2	97
Vold/trusler fra kunder/klienter/patienter/elever mv.?	0	0	1	99
Mobning?	0	0	1	99
Sexchikane?	0	0	0	100

Til gengæld er de tredje og fjerde mest benyttede begrundelser med til at vise begrænsningerne ved udelukkende at fokusere på diagnoser til at gruppere fraværsbegivenhederne med. Her kan man nemlig se, at ca. 20% af de erhvervsaktive har været nødt til at melde sig syge, fordi de skulle til læge, tandlæge eller løbe en anden form for ærinde, som lå i deres normale arbejdstid. Og ligeledes ca. 20% som angiver, at de har sygemeldt sig, fordi de 'havde hårdt brug for en fridag', hvilket kunne fortolkes som et udtryk for sygefravær som 'coping'.

Derefter følger en række begrundelser, som er aktuelle for et sted mellem 7-12% af de erhvervsaktive – begrundelser, der blandt andet indebærer fravær som følge af 'længerevarende sygdomme eller operation'. Men derudover er der også en række begrundelser, som knytter direkte an til personernes familieliv. Således er der lidt mere end 10% af de erhvervsaktive, der har været nødt til at sygemelde sig, fordi ét eller flere af deres børn var syge, og den samme andel, som sygemeldte sig på grund af 'personlige problemer eller problemer i familien'. I denne gruppe, som berører ca. 10% af de erhvervsaktive, hører også forskellige typer af ulykker. Tabel 3.8 dokumenterer, at ulykker, der relaterer sig til hjemmet og fritiden, er mere udbredte end dem, der relaterer sig til ens arbejde. For førstnævntes vedkommende er det ca. 9% af de erhvervsaktive, som har været berørt af fravær som følge af ulykker i

hjemmet, mens det er ca. 7%, som har været berørt af fravær som følge af arbejdsulykker. Vi skal dog huske på, at meget alvorlige arbejdsulykker med fravær af mere end 10 ugers varighed vil være ekskluderet fra populationen, fordi de ikke længere er del af kernearbejdsstyrken.

Endelig har vi en række arbejdsrelaterede begrundelser, som alle har det til fælles, at det er mindre end 5% af de erhvervsaktive, som angiver disse. I alle tilfælde er der desuden mindre end 1%, som angiver, at dette *i høj grad* skulle være en begrundelse for deres fravær. Med andre ord lader det til, at hverken mobning, sex-chikane, (trusler om) vold eller for den sags skyld skærmydsler med ens overordnede eller kolleger betyder ret meget for sygefraværet blandt kernearbejdsstyrken – i hvert fald ikke direkte.³⁰

Ligesom vi ovenfor undersøgte, hvordan det samlede antal sygemeldinger og sygedage var fordelt blandt de erhvervsaktive, kan det også være interessant at undersøge, hvordan begrundelserne er fordelt. Særligt interessant er det at se, hvorvidt de ikke-medicinske begrundelser for fravær, er begrænset til en mindre gruppe af de erhvervsaktive, således at det er de samme mennesker, som angiver de forskellige ikke-medicinske begrundelser, mens en stor gruppe udelukkende melder sig syge af sygdomsrelaterede grunde. I tabel 3.9 er alle de begrundelser, som umiddelbart må tænkes at bunde i ét eller flere sygdomsrelaterede forhold, samlet. Det drejer sig om begrundelserne: forkølelse, bevægeapparatsmerter, længerevarende sygdom samt de to typer af ulykker. Alle de andre er grupperet som ikke-medicinske begrundelser (på nær kategorien 'Andre', som jeg helt har set bort fra, fordi denne begrundelse er meget heterogen).

Tabel 3.9 Andel af de erhvervsaktive, som er sygemeldt af ikke-medicinske grunde. Procent.

	N	%	Kum %
Sygemeldt udelukkende af helbredsrelaterede grunde	4.440	57	57
Sygemeldt af ikke-helbredsrelateret grund	3.286	43	100
Total	8.509	100	

Selvom der er en overvægt af deltagere, der udelukkende har medicinske grunde til deres fravær, er der dog alligevel en stor gruppe på mere end 40%, som i løbet af en 12 måneders periode, er sygemeldt af ikke-medicinske grunde. Der er således ikke tale om, at de forskellige begrundelser for fravær, der blev præsenteret i tabel 3.8, udelukkende er at finde hos en lille minoritet blandt de erhvervsaktive. Dette understreger igen vigtigheden af ikke blot at fokusere på rent medicinske aspekter af sygefravær, da man således vil få et forvrænget billede af, hvad de 'virkelige' begrundelser for fraværet består i. Som supplement til ovenstående kan man bemærke, at der til gengæld blot er 1% af de erhvervsaktive, som *ikke* angiver én eller anden form for helbredsrelateret begrundelse for deres fravær. Man kan selvfølgelig spørge sig selv, hvor præcise disse oplysninger om sygefravær er, da deltagerne måske vil være mere tilbøjelige til at angive helbredsrelaterede begrundelser for deres fravær, når de nu er blevet præsenteret for dem, end det i virkeligheden er tilfældet. Men at andelen er så lille indikerer i hvert fald, at hvis folk uretmæssigt tager fravær, så er det i forvejen personer, som også tager fravær af mere almindeligt accepterede begrundelser (herunder sygdom).

H. Hvorfor går man på arbejde, hvis man i virkeligheden er syg?

Hvis det er interessant at studere begrundelserne for, hvorfor man er sygemeldt, ja så bliver det mindst lige så interessant at studere, hvorfor folk fortsætter med at gå på arbejde, hvis de i virkeligheden er af den overbevisning, at deres helbred med rimelighed kunne berettigede dem til at melde sig syge. Særligt interessant er det jo i en dansk kontekst, hvor en meget stor del af den erhvervsaktive del af

befolkningen, er omfattet af ordninger, som betyder, at de ikke lider noget stort økonomisk tab ved at være fraværende. Det må alt andet lige betyde, at der er andre sociale omstændigheder og normer, som påvirker de erhvervsaktive til at handle på en sådan måde. Dette er selvfølgelig ikke en overraskelse ud fra et sociologisk perspektiv, men der er kun ganske få studier, hvor man har undersøgt begrundelserne for at gå syg på arbejde. Det betyder, at der må være andre sygenærversforskere, for hvem dette faktum er mindre oplagt, måske fordi begrundelserne her i vanlig psykologisk stil bliver betragtet som 'attributions', man er nødt til at nære en vis skepsis overfor (se f.eks. Aronsson & Gustafsson, 2005).

I ASUSI-undersøgelsen bad vi også deltagerne indikere, hvilke af otte forskellige grunde, der havde haft størst betydning for deres beslutning om at gå på arbejde, selvom de med rimelighed kunne have meldt sig syg. Desværre blev der ikke givet mulighed for at angive andre begrundelser end de otte vi havde valgt. Det gør det vanskeligt at vurdere om begrundelserne er dækkende for de overvejelser, folk rent faktisk gør sig i forbindelse med en situation, hvor de føler deres helbred, er af en sådan karakter, at de kunne overveje at tage sygefravær.³¹

Af tabel 3.10 nedenfor kan vi se, hvor udbredt de otte forskellige begrundelser er. Op mod ¾ af de, der går syge på arbejde, angiver, at 'hensyn til deres kolleger' spiller en eller anden form for betydning, og endda en meget stor betydning for 36%. Men derudover er der fire begrundelser mere, som alle har betydning for mere end halvdelen af dem med sygenærvær. Det drejer sig om at tage 'hensyn til kunder, klienter, patienter, elever eller lignende', hvilket har betydning for ca. 60%, mens bekymringen for, at ens 'arbejde ellers hober sig op' har betydning for 55%. Slutteligt er der en stor gruppe på 57%, som i et eller andet omfang 'sætter en ære i ikke at have noget sygefravær', og som derfor hellere vil gå på arbejde med et svækket helbred end at melde sig syg.

Tabel 3.10 Fordeling af begrundelser for sygenærvær i kernearbejdsstyrken. Procent.

<i>Hvilke af de følgende grunde beskriver bedst, hvorfor du gik på arbejde, selvom du var syg?</i>	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke
Hensyn til kolleger	36	32	9	23
Hensyn til kunder, klienter, patienter	29	23	9	39
Jeg sætter en ære i ikke at have noget sygefravær?	17	26	14	43
At arbejdet ellers hober sig op	18	24	13	45
Hensyn til karriere	3	9	14	74
Frygt for at kolleger bliver sure?	1	4	10	85
Frygt for at blive fyret?	1	3	7	89
Økonomiske årsager (fx at du ville miste en bonus, ikke havde råd til at nøjes med sygeløn mv.)?	2	3	4	91

Udover disse fire mest betydningsfulde begrundelser er der også en række andre ting, der tilsyneladende spiller en rolle, selvom det er for en langt mindre del af dem, der vælger at gå syge på arbejde. For ca. ¼ er det 'hensynet til ens karriere', der får én til at handle på den måde, mens det for ca. 15% enten er 'frygt for at ens kolleger bliver sure' eller en decideret 'frygt for at blive fyret', der spiller en rolle. Endelig er der lidt under 10%, hvor 'økonomiske årsager' rent faktisk spiller en rolle, på trods af de omfattende ordninger med betalt sygefravær for store dele af de erhvervsaktive. Her skal man dog huske på, at medarbejdere, der får bonus'er og tillæg f.eks. i kraft af, at de arbejder på skæve tidspunkter, som udgangspunkt vil miste disse, hvis de er sygemeldt. For dem kan der stadig være reelle *økonomiske incitamenter* forbundet med at dukke op på arbejde på trods af et dårligt helbred og på trods af, at de får

løn under sygdom. Helt generelt ser det altså ud til, at medlemmerne af kernearbejdsstyrken i Danmark går syg på arbejde af positive grunde, og ikke fordi de føler sig tvunget til det ud af frygt for kollegaers reaktioner, fyringer og arbejdsløshed eller ren og skær økonomisk nødvendighed.

Hvis vi ser på sammenhængen mellem antallet af sygenærværsepisoder, og antallet af begrundelser man angiver for at have gået syg på arbejde, viser det sig, at sygenærværet tilsyneladende er en mere kompleks handlemåde end sygefravær. Af tabel 3.11 kan vi i hvert fald se, at det blot er ¼ af dem, der har én sygenærværsepisode, der kan nøjes med at angive én begrundelse for dette valg. Faktisk er der næsten lige så mange, som angiver, at fire eller flere begrundelser har haft betydning for deres ene sygenærværsepisode.

Tabel 3.11 Sammenhæng mellem antal sygenærværsepisoder og antal begrundelser for nærvær.
Procent.¹

	Antal sygenærværsepisoder					N
	1 gang	2-3 gange	4-5 gange	6-10 gange	mere end 10 gange	
1 begrundelse	26	13	9	9	8	1.340
2-3 begrundelser	49	49	43	39	38	4.282
4-5 begrundelser	20	30	36	36	37	2.692
over 5 begrundelser	5	8	12	16	17	831
¹ Tallene i kolonnerne summerer ikke til 100, da de der ikke har angivet nogen begrundelser ikke er med i tabellen. Det drejer sig i alle tilfælde dog om mindre end 3 % af respondenterne indenfor hver gruppe som ikke har nogen begrundelser, men har mindst én sygenærværsepisode.						

Det ser dog ikke ud til, at dem, der ofte går syge på arbejde, har et væsentligt mere kompliceret begrundelsesmønster for denne måde at handle på, end dem, der ikke gør det helt så hyppigt. Således kan vi se, at der stadig er næsten 40% af de, der går syge på arbejde mere end 10 gange i løbet af en 12 måneders periode, som har 2-3 begrundelser, mens det tilsvarende tal er ca. 47% for dem, der blot gør det én gang. Her adskiller begrundelsesmønsteret for sygenærvær sig tilsyneladende fra det mønster, der fandtes mht. begrundelser for at tage fravær, hvor der var væsentligt større forskel mellem dem med én fraværsepisode sammenlignet med dem med mere end 10 fraværsepisoder. Man skal dog i denne sammenhæng være opmærksom på, at der var flere muligheder for at angive begrundelser for fravær end der var for nærvær, hvilket kan gøre billedet skævt. Det ændrer dog ikke ved, at begrundelsesmønsteret for dem, der kun har én sygenærværsepisode er mere sammensat end dem, der har én sygefraværsepisode.

Selvom man på ingen måder kan gribe den mening, den enkelte erhvervsaktive tillægger sit sygefravær, ud fra de oplysninger vi kan stykke sammen af hhv. begrundelserne for at have meldt sig syg og begrundelserne for at gå syg på arbejde på trods af sygdom, ja så viser ovenstående gennemgang dog alligevel, at der foregår en kompleks meningstillæggelse i forbindelse med sygefravær.³² For ikke alene skal den syge overveje, om de symptomer, hun måtte være besværet af, er af en sådan karakter, at det fordrer en sygdomsmeddelelse. Dette er i sig selv ikke nogen enkel ting, da undersøgelser har vist, at langt de fleste mennesker har mange forskellige symptomer at skulle forholde sig til f.eks. i form af smerter i bevægeapparatet eller lignende, hvis man ser på dette mønster over en tidsperiode på et år (se Andersen, Haahr & Frost, 2007). Derudover er det nødvendigt samtidig at forholde sig til, hvilke konsekvenser,

man forestiller sig fraværet vil have for de personer, man indgår i relationer til f.eks. på arbejdspladsen (det være sig kollegerne eller de kunder/klienter/patienter etc., man er involveret med). Alt i alt betyder det, at *praktiseringen af sygefravær er en meget refleksiv proces*, der hele tiden må holde sig forskellige situationelle forhold in mente, hvad enten disse har udgangspunkt i personens helbred eller arbejdspladsspecifikke forhold, og de forskellige kombinationer man kan forestille sig af disse forhold.

I. Hvornår er det i det hele taget acceptabelt at melde sig syg?

Ovenstående diskussion peger hen imod en undersøgelse af, hvad det er for nogle overvejelser, der gøres i forbindelse med en sygemelding. I hvilke situationer og baseret på hvilke kriterier bliver det legitimt at sygemelde sig? En sådan undersøgelse er qua dets natur ganske vanskelig at gennemføre vha. spørgeskemamateriale, men i ASUSI-undersøgelæsen inkluderede vi et batteri på i alt 7 spørgsmål, hvor vi bad deltagerne tage stilling til om de synes, det var rimeligt eller urimeligt at melde sig syg i forskellige situationer.

Umiddelbart kan man vælge at analysere svarene til disse spørgsmål på to forskellige måder: 1) én hvor man ser bort fra selve indholdet af situationen, og alene vurderer, i hvor mange situationer den enkelte erhvervsaktive finder det rimeligt at sygemelde sig. Man konstruerer derfor en skala som på et kontinuum måler, hvor 'liberale' eller 'konservative' vedkommendes holdninger til sygefravær er. 2) En anden tilgang, hvor man i stedet fokuserer på, hvilke *typer* af situationer, respondenterne finder det hhv. rimeligt og urimeligt at sygemelde sig i. Lad os gøre begge dele for at se, om det ikke bidrager til vores forståelse af sygefraværsfænomenets kompleksitet.

'Konservative' vs. 'liberale' holdninger til sygefravær

Lad os først se på en simpel summation af, hvor rimeligt eller urimeligt den enkelte deltager finder det at sygemelde sig i en række situationer. På baggrund af de syv forskellige situationer i batteriet, får vi en skala med værdierne 7-35, hvor 7 indikerer, at man har et sæt af meget konservative eller restriktive holdninger til sygefravær, mens 35 indikerer den modsatte pol. Gennemsnittet for skalaen på 16 fortæller os, at de erhvervsaktive overordnet vurderer, at det er mere urimeligt end rimeligt at melde sig syg i de situationer, de har skullet tage stilling til. Og det forholder sig faktisk sådan, at det blot er 16% af de erhvervsaktive, som i gennemsnit synes det er rimeligt at melde sig syg i de givne situationer (de 16% svarer til dem, der scorer 21 eller mere på skalaen).³³ I tabel 3.12 vises en fordeling af de erhvervsaktive på skalaen, hvis man deler den ind i tre grupper. De som har de mest restriktive holdninger (score < 15) udgør 43%, mens de med balancerede holdninger (14 < score < 22) udgør atter ca. 40% og de resterende med liberale holdninger udgør 16% (score > 21).

Den skæve fordeling af skalaen (skewness = 0,355) gør det nødvendigt at inddele grupperne på ovenstående måde, selvom man med rette ville kunne hævde, at de som blot har en score på 22 på skalaen, i virkeligheden ikke har synderligt liberale holdninger til fravær. Overordnet forholder det sig med andre ord sådan, at det kun er en meget lille af kernearbejdsstyrken, som finder det rimeligt, at man melder sig syg i ny og næ. Der skal forholdsvis alvorlige situationer til, før man finder dette rimeligt.

Tabel 3.12 Fordeling af erhvervsaktive i forhold til liberaliteten af deres holdninger til sygefravær. Procent.

	N	%	Kum %
'Konservative' holdninger til fravær	5.548	44	43
'Balancerede' holdninger til fravær	5.254	41	84
'Liberale' holdninger til fravær	1.971	15	100
Total	12.773	100	

Men i forlængelse af vores diskussion af sygefraværets mangfoldighed understreger dette endnu engang, at det er nødvendigt at forholde sig til de forskelle, der eksisterer mellem de erhvervsaktive danskeres holdninger til fraværet. A priori ville man kunne forestille sig, at disse holdninger spiller en rolle for den status, sygefraværsfænomenet får i personernes hverdagsliv.

Rimeligheden af fravær i konkrete situationer

Det rigtigt interessante, er dog at se på folks holdninger til at tage sygefravær i specifikke situationer. I tabel 3.13 nedenfor har jeg således taget de enkelte spørgsmål, og sorteret dem efter, hvor urimeligt folk synes det er at tage fravær i den givne situation. Her kan vi se, at kun en meget lille minoritet på mindre end 5% finder det rimeligt at tage en decideret pjækkedag, hvor man melder sig syg, fordi der alligevel ikke er så meget at lave på arbejdspladsen. Der er lidt flere (men stadig mindre end 10%), som finder det rimeligt at melde sig syg i en situation, hvor ens næse løber og ellers har det fint nok, men hvor man ved, at ens kollegaer ville melde sig syg, hvis de var i en lignende situation. Den dobbeltløbede karakter af spørgsmålene gør, at det ikke er muligt at isolere, hvad det er folk finder rimeligt: er det i sig selv den løbende næse, eller er det det faktum, at ens kollegaer ville melde sig syge, som udgør legitimiteten for fravær i den givne situation?³⁴

Det er selvfølgelig vanskeligt at svare på udelukkende baseret på spørgeskemadata, da selve rationaliteten bag (u)rimeligheden forsvinder i den reduktion, der finder sted ved at konstruere refleksionen over situationen som et valg mellem rimelighed/urimelighed. I dette tilfælde kan man i virkeligheden drage paralleller til det tilsyneladende skisma, man ofte finder i forbindelse med befolkningens generelle syn på forbrydelser og straf. Her finder man nemlig ofte, at folk generelt set går ind for hårdere straffe og finder strafudmålingen for svag, når de bliver præsenteret i abstrakt form via medierne. Men når de selv samme mennesker bliver præsenteret for materien, og bliver stillet overfor selv at skulle dømme, viser det sig ofte, at den meningskonstruktion, som er knyttet til situationen ændrer sig, således at disse folk alligevel finder den oprindelige strafudmåling rimelig (se Balvig, 2006, s. 57-182). Det er selvfølgelig et alvorligt problem for validiteten af spørgsmålene, at de både er abstrakte og dobbeltløbede, men der er igen tale om det bedst tilgængelige materiale, der kan kaste lys over problemstillingen.

Tabel 3.13 Kernearbejdsstyrkens syn på rimeligheden af sygefravær i forskellige situationer. Procent.

<i>Undertiden opstår situationer, hvor man overvejer at sygemelde sig for at klare en situation, hvor man ikke har mulighed for at tage en fridag. Angiv for hvert af nedenstående eksempler - på en skala fra 1 til 5 - hvor rimeligt du mener, det er at sygemelde sig i den pågældende situation.</i>	Urimeligt	Hverken/eller	Rimeligt
Børn fri - ikke meget at lave på arbejdspladsen	92	4	4
Småforkølet - kolleger ville ikke gå på arbejde	80	11	9
Stort skænderi med partner - kan ikke koncentrere sig	73	16	11
Barn har feber - kan passes af bekendte	61	18	21
Så meget at lave på arbejdet - kan ikke overskue det	56	19	25
Ondt i hele kroppen - kun frisk ved at blive hjemme mandag	50	18	32
Temperatur 38,2 - allerede for få på arbejdet	34	16	50

Den eneste situation, hvor en majoritet af de erhvervsaktive finder det rimeligt at melde sig syg, er hvis man decideret har feber. Og selv i denne situation er der lidt mere end 1/3, som stadig finder det urimeligt at sygemelde sig, måske fordi det derved går udover kollegaer eller kunder. 'Smerte' eller 'stress' (de to situationer 'Så meget at lave på arbejdet' og 'Ondt i hele kroppen') er altså ikke i sig selv nok til, at flertallet finder det rimeligt at sygemelde sig, selvom der dog i begge tilfælde er et stort mindretal på hhv. 1/3 og 1/4 af de erhvervsaktive, som finder det rimeligt at gøre det.

Tabel 3.14 Fordeling af erhvervsaktive efter grader af rimelighed for alle spørgsmål. Procent.

	N	%	Kum %
Sygefravær urimeligt i alle situationer	1.952	15	15
Sygefravær hverken rimeligt eller urimeligt i mindst én situation	1.871	14	29
Sygefravær rimeligt i mindst én situation	9.160	71	100
Total	12.983	100	

I denne sammenhæng er det også værd at undersøge, om der er en 'naturlig' systematik i holdningerne. Vil man blandt de 50%, som finder det rimeligt at melde sig syg, når man har feber, også finde alle dem, der finder det rimeligt at melde sig syg i de mindre 'alvorlige' situationer? Eller er mønstret ikke helt så entydigt? Et tentativt svar på dette gives i tabel 3.14, hvor vi kan se den andel af kernearbejdsstyrken, som i mindst ét tilfælde har fundet det rimeligt at melde sig syg. Der er faktisk hele 71%, som er del af denne gruppe, hvilket betyder, at der mindst er 20% af dem, der svarer, at det er urimeligt at melde sig syg, når man har feber, som finder det rimeligt at melde sig syg i andre situationer.

Det betyder med andre ord, at også i dette tilfælde, hvor det handler mere direkte om den mening som sygefraværsfænomenet tillægges i de erhvervsaktives hverdagsliv, findes en høj grad af mangfoldighed i deres forhold til fænomenet. På den ene side har 40% af de erhvervsaktive konservative holdninger til fravær og finder det helt generelt ikke rimeligt at melde sig syg i ret mange situationer. På den anden side er der alligevel 70%, som kan se det rimelige i at melde sig syg i mindst én af de opremsede situationer.

J. Afsluttende betragtninger

Opsummerende kan man således konkludere følgende om sygefraværsfænomenet og den meningshorisont, hvori det eksisterer. Sygefraværsfænomenet...

- 1) er ikke kun mangfoldigt i den spredning blandt de erhvervsaktive, der følger af forskelle i fraværets hyppighed og længde. Samtidig er der varierende grader af, hvor komplekst meningsbetydningen af den enkeltes fravær er sammensat. På den ene side er der grupper, hvor selv mange gentagne fraværsperioder udelukkende kan henføres til én begrundelse for deres fravær, noget som formentlig vil være tilfældet for folk med kroniske sygdomme. På den anden side er der en gruppe af mennesker, hvis fravær meget ofte er begrundet i mere end én omstændighed. For disse to grupper vil man ikke umiddelbart kunne forudsætte, at fraværet antager identiske former og betydninger.
- 2) kan ikke reduceres til et rent helbredsrelateret fænomen, idet mere end 40% af de erhvervsaktive har angivet mindst én ikke-helbredsrelateret begrundelse for deres sygefravær i de forgangne tolv måneder. De mest almindelige ikke-helbredsrelaterede begrundelser for sygefravær er, at man 'havde et ærinde', og at man decideret havde 'brug for en fridag'. Blot 1% af de erhvervsaktive angiver, at helbredsrelaterede begrundelser slet ikke havde nogen betydning for sygefraværet.
- 3) er ikke direkte forbundet med dårligt arbejdsmiljø i kernearbejdsstyrken, forstået sådan, at folk f.eks. melder sig syge pga konflikter med chef eller kolleger eller andre ubehageligheder på jobbet, ligesom de også kun meget sjældent vælger at troppe op på arbejdet på trods af sygdom, som følge af frygt for at blive fyret eller får et dårligt forhold til kollegaerne. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at arbejdsmiljøet er uden betydning for sygefravær. Men effekten vil i så fald primært være indirekte ved, at arbejdsmiljøet skader folks helbred, eller også være af så alvorlig karakter, at folk er sygemeldte så længe, at de ikke længere er del af kernearbejdsstyrken (dvs. mere end 10 uger).
- 4) kan og bør ikke analyseres uden at inddrage det faktum, at folk ofte går på arbejde, selvom de mener, de med rimelighed kunne være blevet hjemme. Således består sygefraværsfænomenet af et voluntarisk element, som introducerer et for epidemiologien ukendt element, nemlig den rationalitet, hvormed valget mellem fravær og nærvær beslutes, begrundes og legitimeres. Fraværet afhænger således ikke blot af graden af de symptomer, og det evt. besvær disse måtte forårsage for ens evne til at arbejde, men også de 'barrierer', der måtte være i den kontekst, den syge må praktisere sit sygefravær i.
- 5) vil for nogle fortolkes som en situation, hvor folk ikke yder hensyn overfor deres kolleger eller overfor deres kunder/klienter etc, mens det for andre vil være forbundet med et ligeså stort ubehag, fordi bunkerne af papir vokser sig stadig større. For atter andre vil man sætte en stor ære i at undgå fravær (måske fordi det udløser følelser af skam). Alt sammen forskellige begrundelser for at blive på jobbet på trods af sygdom og besvær, hvilket blot gør sygefraværsfænomenet endnu mere komplekst (ikke mindst fordi denne ikke-helbredsrelaterede rationalitet viser sig at være mere kompleks, end den som er forbundet til fraværet).
- 6) vil for en stor del af kernearbejdsstyrken kun opfattes som værende rimeligt i ganske få situationer f.eks. når man har en decideret somatisk sygdom (f.eks. feber). De erhvervsaktive i Danmark er forholdsvis 'konservative' i deres syn på, hvornår det er rimeligt at sygemelde sig.

Men kompleksiteten er også her stor, fordi 7 ud af 10 alligevel kan finde mindst én situation, hvor fravær synes at være en rimelig løsning at vælge.

7) er med andre ord uhyre komplekst, mangfoldigt og modsætningsfyldt.

Når fænomenet i common-sense forståelserne, der blev diskuteret ovenfor præsenteres som forholdsvis entydige og altid som et problem, dækker det altså over en endnu større kompleksitet og mangfoldighed end den, der gemmer sig bag de konflikter, der kan spores i italesættelsen af fænomenet. Når fænomenet betragtes i et hverdagssociologisk perspektiv bliver mangfoldigheden endnu større og det vil være endnu mere tydeligt, hvis man introducerede flere måder at differentiere folk på end blot de få variable, som har at gøre med kernearbejdsstyrkens sygefraværshandlinger og –holdninger. Ved at introducere klassiske baggrundsvARIABLE som f.eks. køn, alder og klasse kunne man begynde at ane nogle af de mønstre, som måske gemmer sig bag al den kompleksitet, og som vil kunne gøre os i stand til at komme nærmere en (hverdagssociologisk) definition af sygefraværsfænomenet. Men denne opgave må vente til en anden gang. Her er vi udelukkende interesserede i at belyse og mane forestillingen om sygefraværsfænomenets universalitet i jorden.

¹ Det foregående skridt udgøres naturligvis af den historiske behandling af sygefraværsfænomenet, der blev fremlagt i kapitel 2. Og her er det vigtigt at slå fast, at når jeg taler om et *næste* skridt, og ikke et *andet* skridt er det helt bevidst, og et udtryk for, at det alene er i fremstillingsprocessen, der opereres med sådanne 'skridt'. Disse er *ikke* udtryk for nogen nødvendig fremadskridende hypotaktisk fremstilling af argumentet mod sygefraværsfænomenets universalitet. Man kunne ligeså vel have startet ud med dette kapitel og ladet de historiske betragtninger følge efter. Men selvom skridtene ikke nødvendigvis følger *efter* hinanden, og ligeså godt kunne stå *ved siden af* hinanden, ja så er der alligevel tale om skridt, hvor akkumulationen af skridt tilsammen forsøger at nå til mere end de enkelte dele gør hver for sig. I den forstand kan man betragte arrangementet af kapitlerne i afhandlingens første del som et forsøg på en parataktisk struktur (for en uddybning af forskellen mellem hypotaktiske og parataktiske udlægninger se Adorno, 1992a). Afhandlingens andet del følger derimod et mere klassisk hypotaktisk forløb.

² En lille note om betydningen af immanent kritik er på sin plads. Ifølge Benhabib (1986) har denne form for kritik sine rødder i Hegel og senere Marx undersøgelser af hhv. naturretsfilosofierne og liberalismen. At der er tale om en *immanent* kritik betyder, at man ikke benytter sig af eksterne kriterier til at formulere sine indsigelser mod et givent standpunkt, men i stedet forsøger at overtage og vurdere dem, der findes iboende den genstand, man kritiserer: "While criticism – as exercised prior to Marx by the French materialists and subsequently by the Young Hegelians, Bruno Bauer, Arnold Ruge, and Max Stirner – stands outside the object it criticizes, asserting norms against facts, and the dictates of reason against the unreasonableness of the world, critique refuses to stand outside its object and instead juxtaposes the immanent, normative self-understanding of its object to the material actuality of this object. Criticism privileges an Archimedean standpoint, be it freedom or reason, and proceeds to show the unfreedom or unreasonableness of the world when measured against this ideal paradigm. By privileging this Archimedean standpoint, criticism becomes dogmatism: it leaves its own standpoint unexplained, or it assumes the validity of its standpoint prior to engaging in the task of criticism... Mere criticism lacks self-reflection, for it stops short of asking itself whether its own normative standards cannot be juxtaposed by yet another critical critique, and whether its own reason cannot be shown to be equally unreasonable. Mere criticism cannot avoid an infinite regress: *vis-a-vis* every one of its criteria, it can be asked 'by what right?' Marxian critique, by contrast, is not a mode of *criteriological* inquiry. The criteria it presupposes in its inquiry are not different from the ones by which the object or phenomenon judges itself. The Marxian method of critique presupposes that its object of inquiry is reflexive; it presupposes that what is investigated is already a social reality which has its own self-interpretation." (Benhabib, 1986, s. 33) At kritikken er immanent betyder altså, at den opererer uden eksterne kriterier at vurdere genstanden eller fænomenet ud fra. I stedet overtager den de idealer, og den selvforståelse fænomenet opererer med, og bedømmer genstanden ud fra dette og dets aktualitet. I denne optik bliver kritikken rettet mod fremtiden og baseres på en diskussion af fænomenets udviklingspotentiale. I stedet for blot at kritisere den eksisterende universalitistiske forståelse af sygefravær fra et eksternt synspunkt, må vi istedet tage påstanden om universalitet for gode

varer og forsøge at undersøge den ud fra egne præmisser, og af den vej forsøge at vurdere udsagnets gyldighed. For Adorno pågår en sådan opgave ved at afsøge fænomenet for modsætninger, der kan pege hen mod diskrepanser mellem fænomenets væren, og det begreb vi bruger til at betegne fænomenet. (Adorno, 1973)

³ Med common-sense forståelser mener jeg den mere eller mindre eksplicit formulerede teoretiske forståelse, der bliver brugt til at forklare og forstå, hvorfor ting foregår som de gør i den sociale virkelighed. Disse common-sense forståelser vil ofte have deres grobund i forskellige eksperters syn på og måde at forholde sig til et givent fænomen på (for en eksplikation af dette syn se Giddens, 1993, s. 121-2). Når, det er tilfældet, er det også forståeligt, at der ikke blot er én common-sense forståelse, men at der findes et væld af common-sense forståelser af sygefraværsfænomenet, som henter inspiration fra forskellige typer af ekspertdiskurser om fænomenet.

⁴ Oprindeligt var det planen, at der skulle være en mere grundlæggende indholdsanalyse af sygefraværskursen og ændringer i det over de fire år, som også anvendes til at præsentere udviklingen. Dette var tænkt gjort ved at kode hver enkelt artikel i forhold til, hvilke aktører, der indgik i artiklerne, og hvorvidt de var handlende aktører eller indgik som objekter, der blev talt om eller handlet i forhold til. Ligeledes skulle der kodes hvilket perspektiv sygefravær blev set i i den pågældende artikel. På baggrund af det ville man kunne lave en statistik analyse, der illustrerer hvordan sygefraværskursen forandrer sig op gennem 1990'erne. Disse tanker var primært inspireret af de meget originale og spændende tanker Roberto Franzosi gør sig i bogen *From Words to Numbers* (Franzosi, 2004).

⁵ Se <http://ordnet.dk/korpusdk>

⁶ De fire aviser er valgt, både fordi de henvender sig til forskellige læserskarer, og derfor udgør tilpas forskellige cases på dagspressen i Danmark (to formiddagsaviser + to mere seriøse aviser med hvert deres politiske ståsted). Derudover er de fire aviser valgt fordi der er data tilgængelig i Infomedia fra hele perioden. Jyllands Posten, Aktuelt, Information og Kristeligt Dagblad var alle alternativer, hvor der ikke var tal for hele perioden enten fordi Infomedia ikke indekserer dem helt tilbage til 1993, eller i tilfældet med Aktuelt fordi dagbladet lukkede. Man kunne have valgt at inkludere flere søgeord f.eks. sygedage og sygedagpenge – en hurtig skimmen af tallene ser dog ud til at bekræfte de samme tendenser.

⁷ For en beskrivelse af, hvordan de fire aviser henvender sig til forskellige læserskarer, kan man konsultere Henrik Dahls beskrivelse af aviser i *Hvis din nabo var en bil*. Heraf fremgår det, at netop Berlinske Tidende og Politiken henvender sig til eliterne, mens Ekstra Bladet og B.T i højere grad henvender sig til 'folket' (Dahl, 2005, s. 158-83).

⁸ At der overhovedet er givet penge til at forske i sygefravær er i sig selv en helt eksplicit politisk handling som beskæftigelsesminister Claus Hjorth Frederiksen var primus motor for.

⁹ Den helt præcise måde, dette er bestemt på, kan man læse om på DSL's hjemmeside, hvor der står, at man har lavet en T-test og sammenlignet antallet af observationer af et givent naboord, og det man ville forvente, hvis observationerne var uafhængige. Hvad forventningen er baseret på, står ikke helt klart, men for en alternative metode, der også kan afprøves på samme sted, er den baseret på ordets hyppighed i korpus'et som helhed (se <http://ordnet.dk/korpusdk/hjaelp/naboord/statistiske-funktioner>).

¹⁰ De to ord har en Z-score på hhv. 3,32 og 2,45, dvs. scorer over den kritiske værdi på 1,96 og dermed en p-værdi < 0,05.

¹¹ Artiklerne er rekvireret via Infomedia (<http://www.infomedia.dk>), men da man ikke kan få oplyst det eksakte antal artikler i Infomedia, har jeg brugt antallet af artikler, hvor ordet 'og' indgår som reference. Der er i alt 25.138 artikler hvor ordet 'og' indgår.

¹² Der tages i det følgende udgangspunkt i tal fra 2004, da det var det år, hvor datamaterialet for undersøgelsen blev indsamlet. Da, der er tale om helt generelle betragtninger, betyder det forhold, at vi nu skriver 2009 ikke noget for pointerne.

¹³ I 2004 besluttede den daværende Beskæftigelsesminister, at Danmarks Statistik skulle starte udarbejdelsen af en dækkende fraværstatistik for hele arbejdsmarkedet. Dette arbejde bestod på den ene side i at koble og samordne de registreringer af

fravær, der allerede eksisterede fra den offentlige sektor (hhv. staten og kommunerne), ligesom et tilfældigt udvalg af 2558 virksomheder med mere end 10 ansatte hvert år blev udtrukket til at indgå i den stikprøve, der skal dække fraværet i den private sektor, som supplement til den statistik DA har indsamlet siden 1973. Ifølge Danmarks Statistik er denne statistik behæftet med meget store usikkerheder, der skyldes, at der er et stort bortfald på de udtrukne virksomheder, samt at virksomhederne ikke har noget incitament til at indberette statistikken korrekt. Statistikken indsamledes første gang for den private sektor i 2006, men blev efterfølgende kasseret på grund af den meget ringe datakvalitet. De offentliggjorte tal fra 2007 viser, at den gennemsnitlige fraværsprocent i den private sektor var 4% (mod 3,87% i staten og 5,83% i den kommunale sektor), det gennemsnitlige antal fraværsdage var 8,97 i den private sektor (mod 8,64 i den statslige og 13,27 i den kommunale sektor) og antallet af fraværperioder var 2,44 i den private sektor (mod 2 i staten og 2,73 i den kommunale sektor) (se tabellen FRA05 i Statistikbanken). For en beskrivelse af registerets datakvalitet og indsamlingsmetode se varedokumentationen på Danmarks Statistiks hjemmeside

(<http://www.dst.dk/Vejviser/dokumentation/Varedokumentationer/emnegruppe/emne.aspx?sysrid=107268>)

¹⁴ På længere sigt kan man håbe på, at den nye fraværstatistik indsamlet af Danmarks Statistik bliver mere pålidelig, særligt for den private sektor.

¹⁵ Det svarer til en tilknytning til arbejdsmarkedet på mindst 80% i året før, hvilket er den grad, som er brugt i mange andre sammenhænge, når man taler om kernearbejdsstyrken (Ingerslev & Pedersen, 1996, s. 21-35).

¹⁶ Materiale fra den Nationale Arbejdsmiljø Kohorte, der indsamles som del af den monitorering EU laver af arbejdsmiljøet, kunne også have været et interessant materiale at arbejde med. Da der dog er tale om en undersøgelse, som har fokus på arbejdsmiljøproblemer og ikke på sygefravær, vil det dog være begrænset, hvor mange spørgsmål om sygefravær, der indgår her (Burr, Bach, Gram & Villadsen, 2006). Af den grund er materialet fra ASUSI-undersøgelsen nok det bedste danske materiale til at undersøge sygefraværsfænomenet på baggrund af, selvom der dog også er en nogle svagheder ved materialet (for en uddybning af disse pointer se Appendiks 1).

¹⁷ Når der står mindst skyldes det, at de, som ikke er ansat i staten i hele perioden, af naturlige grunde ikke fremgår af deres fraværregister, og at jeg derfor har antaget, at de *har haft* en sygefraværperiode. Hvis man antager, at de *ikke* har noget sygefravær, er det 28% af dem uden sygefravær i 2004, som ikke har noget i hele perioden.

¹⁸ Se appendiks 2 for beskrivelsen af hvordan informanterne er udvalgt og interviewet.

¹⁹ Da der i udvælgelsen af informanter kun er valgt personer, der ikke har været langvarigt syge, har jeg formentlig undgået, at deres fortællinger var decideret sygehistorier. Hvis det havde været tilfældet ville informanterne formentlig have været mere tilbøjelige til at se sig selv og deres sygefravær som afvigende.

²⁰ Som vi skal se nærmere på i kapitel 4 signalerer brugen af frasen 'at være under risiko' en ganske særlig måde at italesætte sygefravær på, som knytter sig til den epidemiologiske tilgang til studiet af sygefravær. Af den grund er det sat i anførselstegn her, fordi det er væsentligt at holde sig for øje, at risikoterminologien *ikke* er en neutral beskrivelse af sygefraværsfænomenet, men derimod baserer sig på en forståelse af fænomenet som en 'skade', der helst skal undgås (jf kapitel 4, §6).

²¹ I sociologien taler vi ikke om 'dynamiske effekter'. Men Mertons begreb om 'uforudsete konsekvenser af formålsrettede sociale handlinger' (Merton, 1936) minder på mange måder om dette. For økonomerne er det i princippet mangel på information om de præferencer, der guider individerne, som umuliggør en korrekt estimering af, hvad de 'dynamiske effekter' vil føre med sig. Og det er også én af de begrænsninger, Merton nævner i hans artikel. Men Merton nævner også det faktum, at et individs interesse i de *umiddelbare* konsekvenser af en handling, der kan være nok så rationelle, fører til, at individer ikke overvejer konsekvenserne af handlingerne *i et længere perspektiv*, som kan vise sig at have helt modsatrettede konsekvenser (Merton, 1936, s. 901-3). Når DA f.eks. argumenterer for, at der skal indføres en karenssag uden at tage hensyn til, at det kan føre til, at de sygemeldte snupper sig ekstra dage når de nu alligevel er sygemeldte og selv skal betale for noget af fraværet, ja så kunne det netop være et udtryk for, at arbejdsgivernes umiddelbare interesser er irrationelle.

²² Faktisk nævner Alexandersson og Norlund (2004a) i deres review af sygefraværslitteraturen, at et centralt problem indenfor forskningen netop er at skelne mellem risikofaktorer, der leder til sygdom, og risikofaktorer der leder til sygemelding. Alt for ofte skelnes der ikke mellem disse (se også kapitel 4, §5)

²³ I kapitel 5, note 1 vil der være en lidt mere detaljeret beskrivelse af, hvad der helt præcist menes med et hverdagslivsperspektiv i denne afhandling.

²⁴ At der i de nordiske lande er et særligt forkus på sygefravær, hænger formentlig sammen med, at det primært er i disse lande der i en længere årrække har været universel dækning af hele befolkningen i tilfælde af sygdom. Det har også ført til, at man har en meget udførlig og præcis opdeling i mange forskellige typer af fravær: ferie, feriefridage, omsorgsdage, barnets første sygedag, sygefravær, barselsorlov, omsorgsorlov mm. I de angelsaksiske velfærdssystemer er der i langt mindre grad sådanne offentligt finansierede ordninger, hvorfor der ikke kan rettes specifikt fokus på sygefravær, men i stedet må fokuseres bredere på *alle* typer af fravær. Det betyder samtidig, at det bliver virksomhedsperspektivet på fraværsfænomenet, der kommer i centrum, fordi det er virksomhederne, der bærer den primære byrde (både økonomisk såvel som logistisk). Indenfor dette perspektiv er sygefravær altså blot en delmængde af det overordnede fraværproblem.

²⁵ For et eksempel på en sådan ordning se fabrikschefens Jeffs overvejelser vedr. implementeringen af en ny sygefraværspolitik på det slagteri han leder i kapitel 6, afsnit IV+VI.

²⁶ Et godt eksempel på, hvordan det er tilfældet, kan man læse om i kapitel 6, afsnit III, IV og VII. Her behandles betydningen af den måde man praktiserer sygefraværet på for virksomhedsejernes 'selektion' af de ansatte på arbejdsmarkedet.

²⁷ Her forstået i Webersk forstand som en reaktion, hvortil der ikke er knyttet nogen meningstillægelse (Weber, 1978).

²⁸ For en uddybning af denne pointe se diskussionen i kapitel 1, afsnit 5 samt den tilsvarende diskussion i kapitel 6, afsnit X, XI.

²⁹ Det er klart, at den fremgangsmåde, der er valgt her med at præsentere deltagerne i undersøgelsen for en liste på i alt fjorten forskellige begrundelser for at have taget sygefravær rummer en række begrænsninger. Særligt betyder sammenblandingen af forskellige medicinske tilstande (f.eks. 'forkølelse, influenza og andre forbigående sygdomme' eller 'længerevarende sygdomme eller operation'), at det faktiske antal af begrundelser undervurderes kraftigt. Alternativet ville have været en meget længere liste, der potentielt ville have fået folk til at undlade at svare på spørgsmålene, eller brugen af åbne spørgsmål udelukkende, der ville kunne have afholdt nogle af deltagerne fra helt at angive ikke-medicinske begrundelser for deres sygefravær. Fordelen ved det anvendte mål er, at det eksplicit nævner forskellige ikke-medicinske begrundelser, og på den måde legitimerer, at man angiver dette som en begrundelse. Det vil man måske være tilbøjelig til at underrapportere i andre studier, hvor der er helt åbne svarkategorier, eller hvor der kun er mulighed for at svare med diagnoser. Men det er klart, at der betydelige måleproblemer knyttet til undersøgelsen, som det ikke er muligt at vurdere præcist, hvordan påvirker resultaterne.

³⁰ Her skal man være særligt opmærksomme på, at stikprøven ser bort fra dem med meget langt sygefravær i 2004 (>10 uger), og hvis disse forhold i arbejdsmiljøet forårsager sygefravær af meget langt varighed, så vil deres betydning være stærkt undervurderet (se i øvrigt appendiks 1 for en begrundelse for at sample stikprøven på denne måde).

³¹ I det canadiske studie kan man se en række yderligere begrundelser, der ikke bliver dækket af de 8, der var inkluderet i ASUSI-undersøgelsen. Det gjaldt f.eks. 'pres fra familien', 'havde en interessant arbejdsopgave', 'kunne lære nye ting', 'kunne lide kollegaerne', 'gemme sygedagene til senere (med mere legitim begrundelse)', 'havde ikke flere sygedage', 'ville undgå firmaets sygeenhed', 'ville gemme sygedagen til en dag med godt vejr' (Hackett, Bycio & Guion, 1989, s. 431). Som vi kan se er der visse af disse begrundelser, som ikke er relevante i en dansk kontekst, f.eks. dem, der handler om, at man ikke har flere sygedage. Det er et specifikt aspekt ved mange lande med den angelsaksiske velfærdsmodel, hvor der ikke er sygedagpenge til de beskæftigede i ale tilfælde af sygdom. Men en række af forklaringerne f.eks. 'pres fra familien', 'havde en interessant arbejdsopgave', 'kunne lære nye ting' og 'kunne lide kollegaerne' er alle begrundelser, som også er relevante i en dansk

kontekst, og derfor burde have været med i valgmulighederne. Det skal dog understreges, at disse begrundelser var meget sjældne i det canadiske studie, hvorfor det formentlig ikke har den store betydning for det generelle billede, som resultaterne fra ASUSI-undersøgelsen tegner.

³² Den konkrete meningstillæggelse foregår naturligvis ikke på den abstrakt reflekterende måde, der lægges op til her i kapitlet, hvilket også vil stå mere klart i analysen af de kvalitative interviews, der præsenteres i kapitel 6. Men pointen er bare, at de forsøg på at reducere sygefraværsfænomenet til udelukkende at være et spørgsmål om diagnose og en begivenhed/reaktion, der følger *automatisk* af at være ramt af en bestemt helbredsstilstand, negligerer de mange 'forstyrrende' elementer, som gør sygemeldingsbeslutningen til en uhyre kompliceret størrelse. Her er det på sin plads at nævne, at den ikke nødvendigvis forekommer kompliceret for den enkelte potentielle sygemelder, (fordi hun forholder sig til denne beslutningsproces på en rutineret og delvist praktisk måde). Men ser man på sygemeldingsbeslutningen, som et sociologisk fænomen, er der tale om et uhyre kompliceret fænomen, hvori der indgår mange variable aspekter.

³³ At score 21 på skalaen svarer til, at man i gennemsnit har vurderet, at det hverken er rimeligt eller urimeligt at melde sig syg i de opstillede situationer; en score på mere end 21 betyder således, at man i gennemsnit vurderer det som mere rimeligt end urimeligt at gøre det.

³⁴ Man skal naturligvis ikke dogmatisk holde på, at dobbelt-løbede spørgsmål er af det onde (Adorno, 2000a, s. 73-4). Men en mere ideel tilgang til at gribe folks holdninger til specifikke situationer af sygefravær, ville være at have produceret en række vignetter, man kunne have bedt dem om at forholde sig til. Men det er svært at forestille sig, at dette ville kunne have ladet sig gøre, når data er indsamlet gennem postbesørgede spørgeskemaer. Igen betyder det, at man må holde sig for øje den manglende mulighed for at vide, hvor gyldige resultaterne er.

Anden del

Kapitel 4

Risikofaktorer for sygefravær

§1. Studiet af sygefravær er studiet af *risikofaktorer* for sygefravær. Det er i hvert fald det, man må konstatere, hvis man konsulterer den mest indflydelsesrige litteratur om sygefravær, sådan som den f.eks. kommer til udtryk i Alexandersson og kollegaers review fra 2004 (Allebeck & Mastekaasa, 2004b) eller i de mest citerede artikler om sygefravær, hvis man studerer Web of Science.¹ Her indeholder de 10 mest citerede sygefraværartikler alle ordet risiko, og det benyttes i betydningen 'risikofaktor' i 8 ud af de 10 artikler.

Og hvad så, vil nogen måske spørge? Er det ikke bare den måde, man omtaler forskellige statistiske sammenhænge på indenfor en epidemiologisk præget forskningsramme? Og skulle det nu i sig selv være et forhold, der nødvendigvis må omtales i en videnskabelig afhandling om sygefravær? Hertil må det forudsigelige svar være, at det skam kommer an på, hvordan vi bruger begrebet, i hvilken sammenhæng og med hvilke implikationer, det gøres. Når studiet af sygefravær praktiseres som studiet af risikofaktorer for sygefravær, betyder det en ganske særlig konstruktion af sygefraværsfænomenet.

§2. Ordet risikofaktor optræder formentlig for første gang i sin nuværende betydning i de første publicerede artikler fra det skelsættende Framingham Heart Study op gennem 1950'erne. Studiet var det første longitudinale kohortestudie, der blev udført i verden, og havde til formål at afdække, hvilke faktorer, der var med til at udløse hjertesygdom (se Oppenheimer, 2005 for en interessant gennemgang af studiets historie). I den forstand indvarslede Framingham-studiet en helt ny epoke i epidemiologien: fra at have studeret forskellige infektionssygdommes epidemiologi rettede man nu fokus mod de kroniske sygdomme i stedet (Rockhill, 2001). Det betød også, at man begyndte at anskue langt de fleste sygdomme som *multifaktorielle*, i stedet for *monokausale*, sådan som det havde været tilfældet med infektionssygdommene.²

Transitionen, fra en metodologi, hvor man søgte efter *enkelte* kausale faktorer, der alene skulle være ansvarlige for fremkomsten af en sygdom f.eks. nye uopdagede bakterier, til en metodologi, hvor man ikke længere troede, at en sygdom havde blot én årsag, indebar også, at man kunne begynde at skelne mellem *nødvendige* og *tilstrækkelige* årsager. Man fandt f.eks. ud af, at rygning ikke fører til lungekræft hos alle, der ryger, hvorfor rygning ikke er en tilstrækkelig årsag til at udvikle lungekræft. Og samtidig kan man finde tilfælde af lungekræft hos folk, der ikke ryger, hvorfor rygning heller ikke er en nødvendig årsag til denne type kræft. Og i langt de fleste tilfælde forholdt det sig sådan, at de sammenhænge, man fandt frem til, hverken var nødvendige eller tilstrækkelige, men blot 'bidragende' årsager (Riegelman, 1979). Den implicite kausalitetsforståelse, der ligger til grund for sådanne distinktioner, er 'probabilistisk' i stedet for det mono-kausale paradigmes deterministiske forståelse. Udvikling af sygdom hos det enkelte individ er derfor resultatet af en stokastisk proces (Parascandola & Weed, 2001).

Derfor blev det også naturligt at bruge betegnelsen *risiko*, om den sandsynlighed en person med en given karakteristika (f.eks. at være ryger) havde for at udvikle en bestemt sygdom over en bestemt tidsperiode. I epidemiologien definerer man en risikofaktor på følgende måde:

”Factors that influence the risk or occurrence of a disease are generally labelled *risk factors*, and these encompass a wide range of variables, including demographics (race, sex, age, and socioeconomic status), physical and biologic agents (chemical exposures, drugs, infectious agents, etc.), and behavioural factors (smoking, alcohol consumption, and life-style), as well as numerous others. Frequently, however, epidemiologic studies make no distinction among initiating factors (e.g., infectious agents), factors affecting the risk of exposure to such initiating factors, or to the pathogenesis and the natural history of the disease following exposure.” (Khoury, Beaty & Cohen, 1993, s. 59)

Indenfor denne forståelse, er der altså tale om risikofaktorer, uanset om man selv aktivt har taget en risiko (f.eks. ved at ryge), eller man har en øget sandsynlighed for at udvikle en sygdom, som følge af forhold, man ikke selv er herre over det (f.eks. den forøgelse af sandsynligheden, der følger af, at man bliver ældre). Uanset om der er tale om den ene eller den anden situation, dækker risikofaktorbegrebet blot over en forøget statistisk sandsynlighed for at udvikle sygdommen. Men brugen af begrebet indebærer også to andre forhold: 1) at den er beregnet på *gruppeniveau* og derfor ikke uden videre kan overføres til individer og 2) at omtalen af begrebet i flertal indikerer en accept af, at der aldrig kun er én årsag til udviklingen af sygdommen, men *mange* årsager, hvoraf nogle måske er nødvendige, men hvor langt de fleste blot er ’bidragende’. Selve idéen og designet bag Framingham-studiet blev sammen med *British Doctors Study* – en anden prospektiv undersøgelse, hvor fokus i første omgang var på sammenhængen mellem rygning og lungekræft - inspirationskilde til mange gode epidemiologiske studier, som vi kender resultaterne og nyder frugterne af i dag – f.eks. Hill og Doll’s skelsættende demonstration af, at rygning var en klar risikofaktor for at dø præmaturt (Doll & Hill, 1954).

I sygefraværslitteraturen bruges begrebet risikofaktor også flittigt. Her er der altså tale om faktorer, der er med til at øge sandsynligheden for, at en gruppe af individer med et bestemt karakteristikum bliver sygemeldt, når man sammenligner gruppen med personer uden dette karakteristikum. Et eksempel fra én af de mest citerede artikler om sygefravær kan være med til at illustrere brugen af ordet:

“The relationship between the psychosocial work environment and sickness absence did not change after adjusting for previously identified risk factors for sickness absence (ethnicity; health-related behaviors such as smoking, alcohol consumption, and physical activity; social circumstances outside work such as financial problems and negative aspects of support) and for the indicators of SES (years of education, housing tenure, access to a car) (Table 5).” (North, Syme, Feeney, Shipley & Marmot, 1996, s. 337)

Vi kan altså læse, at sammenhængen mellem psykosocialt arbejdsmiljø og sygefravær ikke er spurios, men også findes, når man tager højde for en række andre tidligere identificerede risikofaktorer for sygefravær som f.eks. livsstil, finansielle problemer, boligsituation mm. Erhvervsaktive med f.eks. en bestemt etnisk baggrund har altså en større risiko for at blive sygemeldt end deres kollegaer med en anden etnisk baggrund. Når sygefravær studeres ved hjælp af risikofaktortilgangen betyder det altså en konstruktion af sygefraværsfænomenet som et multifaktorielt fænomen med årsager på mange niveauer, hvor langt de fleste årsager hverken er nødvendige eller tilstrækkelige, men blot bidrager til en øget sandsynlighed for at blive sygemeldt (Alexanderson, 1998). Så langt så godt kunne man fristes til at sige, og det er der vel så ikke noget problematisk ved?

§3. Det grundlæggende problem for risikofaktortilgangen er ifølge én af de mest kritiske observatører, den amerikanske epidemiolog Nancy Krieger, et forhold, der kan opsummeres som *atomisering af årsagsmekanismene*. Hermed menes en tilgang til studiet af sygdom (og sygefravær), der ikke forsøger at eksplicitere, hvordan de mange enkelte (risiko)faktorer virker sammen, og i fællesskab påvirker den

givne sygdom. Krieger (1994) citerer forskellige klassiske epidemiologiske lærebøger, som værende eksponenter for en videnskabsmetafor, der benytter sig af *spindelvævet*. Årsagerne til sygdom skal findes i et 'web of causation', hvor et vældig komplekst spind af sammenhænge og 'knodepunkter' påvirker udfaldet. Problemet med denne tilgang er, at selve 'nettet' - netværket af faktorer, bliver usynligt. Man fokuserer i stedet alt for snævert på de enkelte 'punkter' for at vurdere den selvstændige effekt af disse. Samtidig er man blind overfor den kausalmekanisme, der skaber nettets struktur. Det betyder blandt andet, at de faktorer, som ligger 'fjernest' fra det udfald, man studerer, alt andet lige vil få mindst betydning, selvom de måske i virkeligheden gennem deres mange kringlede indirekte effekter kan være ganske magtfulde.

Nogle epidemiologer argumenterer for, at et fokus på, hvordan spindelvævet er opstået og en jagt efter nødvendige årsager, ikke er særlig frugtbar. og helt givet er det, at en sådan indsigt ikke er nødvendig for at kunne producere brugbar viden om sygdommenes opståen:

The importance of multicausality is that most identified causes are neither necessary nor sufficient to produce disease. Nevertheless, a cause need not be either necessary or sufficient for its removal to result in disease prevention. If a component cause that is neither necessary nor sufficient is blocked, a substantial amount of disease may be prevented. That the cause is not necessary implies that some disease may still occur after the cause is blocked, but a component cause will nevertheless be a necessary cause for some of the cases that occur. That the component cause is not sufficient implies that other component causes must interact with it to produce the disease, and that blocking any of them would result in prevention of some cases of disease. Thus, one need not identify every component cause to prevent some cases of disease. (Rothman & Greenland, 2005, s. 145)

Pointen hos Rothman og Greenland er, at man – ved at finde 'bidragende' faktorer til en given sygdom – vil være i stand til at forebygge nogle af sygdomstilfældene, på trods af at de hverken er nødvendige eller tilstrækkelige årsager. Dette er en vigtig pointe, fordi der kan være forskel på hvilken og hvor megen viden, der er nødvendig for at nå til en *videnskabelig* forståelse af et givent fænomen, og hvilken og hvor megen viden, der er nødvendig for at nå til en forståelse af et givent fænomen, der gør det muligt at foretage *forebyggende foranstaltninger*. Hvis målet med risikofaktortilgangen ikke er forkromede videnskabelige udredninger om en given sygdoms naturhistorie og deraf følgende nødvendige årsager, men derimod blot det praktiske mål at forebygge flest mulige tilfælde af sygdommen, ja så er det tilstrækkeligt at søge efter 'bidragende' årsager, fordi man ved blot at identificere én af disse, ville kunne forebygge et vist antal tilfælde (se Parascandola & Weed, 2001, s. 910-1).

Derfor medgiver Rothman f.eks. også, at epidemiologien ikke altid har fokus på de sociale faktorer, der er led i årsagskæden til en given sygdoms opståen – f.eks. sammenhængen mellem fattigdom, fejlnæring og efterfølgende dødsfald pga. infektioner hos børn. Her er den umiddelbare årsag mangel på vitamin a, hvorfor det – fra et epidemiologisk perspektiv er oplagt, at forebygge disse dødsfald ved at give vitamintilskud til børn i de lande, hvor der er størst risiko for fejlnæring. Problemet med denne 'løsning' er, at den blot er midlertidig, fordi den ikke tager fat om det virkelige problem nemlig fejlnæring, der skyldes fattigdom. Men fra et epidemiologisk synspunkt er dette ikke en relevant indvending, for fattigdomsproblemer er *ikke* en del af de praktiske udfordringer disciplinen bør forsøge at studere og forandre. Det er andre videnskabelige discipliners område. Rothman siger det følgende om denne problemstilling:

"Yet, epidemiologists are not social engineers; they are public-health scientists who have a right to specialise as they see fit. They should be free to choose the subject of their inquiries, whether it be social causes or molecular causes of disease. They should not be discouraged from answering questions such as whether

vitamin-A supplements in poverty-stricken children will reduce morbidity and save young lives. The answers to such questions will prevent deaths with an immediacy that social reforms, however desirable, cannot match. To get such answers, we must study 'decontextualised' disease mechanisms in individuals." (Rothman, Adami & Trichopoulos, 1998, s. 812)

Da epidemiologer ikke er 'sociale ingeniører', skal de i stedet fokusere direkte på den mekanisme i individerne, som er med til at producere sygdommen, og ikke de fjernliggende årsager, der kan være med til, at et bestemt individ er mere udsat for at blive eksponeret for faktorer, der fremkalder disse direkte årsager til sygdommen. Epidemiologien må forsøge at fjerne betydningen af konteksten, fordi den i bund og grund virker forstyrrende på studiet af selve den biologiske årsagsmekanisme.

Det betyder også, at det bliver legitimt at besvare og forske i spørgsmålet, om tilskud af Vitamin-A til fattigdomsudsatte børn ville kunne reducere deres dødelighed, også selvom en sådan viden ville kunne bruges til at modsætte sig ændringer i samfundet, der forsøgte at gøre noget ved fattigdommen, eller rent faktisk legitimerer, at man lader områder falde ned i fattigdom, selvom man kunne forhindre det alt sammen ud fra devisen: 'det behøver vi ikke at gøre noget ved, for epidemiologerne har vist, at hvis bare vi giver de fattige vitamintilskud, så dør de i det mindste ikke af fattigdommen, (og så er det i øvrigt også en god forretning for vores venner i medicinalindustrien)'. Men alle disse afledte konsekvenser – og alle disse indledende forhold - er epidemiologien uvedkommende, og tilhører enten andre fagdiscipliners område, eller er direkte politiske spørgsmål, som derfor ikke hører hjemme i videnskaberne.

For sociologien bør det imidlertid forholde sig anderledes. Her er det netop *totaliteten af forhold*, der betinger og er betinget af et givent fænomen, som er i centrum. Derfor bliver de *samlede* relationer mellem fattigdom → fejlernæring → infektion → død interessante, og ikke blot den for epidemiologien interessante sammenhæng mellem fejlernæring og infektion. Ligeledes kan man heller ikke ignorere de tilfælde – som f.eks. det Rothman beskriver ovenfor – hvor *politiske* problemer bliver transformeret til rent *tekniske* problemer, der tilsyneladende er neutrale løsninger på en neutral problemstilling. For når epidemiologien finder tekniske løsninger (tilskud af Vitamin-A) på politiske problemer (fejlernæring som følge af fattigdom) så transformeres den neutrale videnskab til en politisk ideologi, fordi den videnskabelige praksis i sidste ende fører til, at spørgsmålet om fejlernæring og konsekvenserne heraf bliver afpolitiseret (Habermas, 1987a).

§4. Men kan isolationen af enkeltfaktorer være et vigtigt og fornuftigt valg, når man vil undersøge mulighederne for at 'forebygge' sygefravær, og i den forbindelse har brug for informationer om, hvilke forhold, der vil være den største effekt af at intervenere mod? Lad os granske dette spørgsmål nærmere. Én metode til at gøre dette, vil være at udregne det, man indenfor epidemiologien kalder den 'ætiologiske fraktion'. Rothman forklarer begrebet som et forsøg på at afgøre, hvor stor en andel af et givent sæt sygdomstilfælde, som kan tilskrives en bestemt risikofaktor. Hvis det f.eks. forholder sig sådan, at en gruppe rygere vil opleve 12 tilfælde af cancer pr. 10.000 personår, mens gruppen af ikke-rygere blot vil opleve 3 tilfælde, og man er sikker på, at forskellen mellem de to grupper udelukkende skyldes rygningen, så vil den ætiologiske fraktion for rygningens bidrag til cancer være 75%. Hvis ingen personer røg ville vi altså kunne forebygge 75% af alle cancertilfældene (se Rothman & Greenland, 2005, s. 146).

Ét af de mest grundige forsøg på at beregne betydningen af forskellige domæner for sygefraværets udbredelse ved hjælp af idéen om ætiologiske fraktioner, finder man i en publikation fra Det Nationale

Forskningscenter for Arbejdsmiljø (Jensen, Lund, Mossing, Nielsen, Labriola, Burr & Villadsen, 2002). Her finder forskerne, at arbejdsmiljø kan tilskrives ca. 38% af sygefraværet (her defineret som sygefravær uanset længde), mens KRAM-faktorerne (og primært rygning, da de andre faktorer ikke var associeret til sygefravær af mindst 14 dages længde) kan forklare 17-25% (for hhv. mænd og kvinder) (Christensen, Lund, Labriola, Bültmann & Villadsen, 2007). I NFA's publikation opremses der i alt 5 arbejdsmiljøfaktorer, som kunne reducere sygefraværet med op til 49 procent blandt *ufaglærte* arbejdere, hvis man forsøgte at ændre arbejdsmiljøet på en sådan måde, at det blev fastlagt ud fra det mindst belastende niveau blandt *alle* erhvervsaktive (Jensen et. al., 2002, s. 11-3). Når fagforeninger og bestemte grupper af politikere hævder, at sygefravær er et arbejdsmiljøproblem (se f.eks. LO, 2002), er det altså ikke uden et vist videnskabeligt belæg. Men omvendt er det også korrekt, når arbejdsgiverne hævder, at sygefraværet i al væsentlighed skyldes private forhold, som f.eks. usund livsstil eller ulykker i fritiden (DA, 2002, s. 54-69).

Men spørgsmålet er dog, om det ikke er en voldsom fiktion at analysere spørgsmålet på denne måde? For konsekvenserne, såfremt man ville agere på denne viden, ville være, at mange af de forhold, der netop kendetegner et job som ufaglært f.eks. ensidigt gentagende bevægelser, tunge løft og høje sensoriske krav (dvs. krav til præcision og finmotorik), helt skulle elimineres fra jobs på det danske arbejdsmarked. Og kan man ændre disse arbejdsopgaver uden at udslette hele denne måde at arbejde på? Er det ikke netop i ufaglært arbejdes 'natur', at man f.eks. løfter tunge genstande, og gør den samme bevægelse mange gange i løbet af en dag? Var det ikke sådan jordbrugerne for 150 år siden gjorde, da de kultiverede den jyske hede gennem slid og slæb? Er det ikke urimeligt at lave en direkte sammenligning mellem ufaglært arbejde og resten af de erhvervsaktive?

På mange måder er det selvfølgelig en visionær forestilling, der stiller spørgsmålstegn ved det fornuftige i den måde, vi har organiseret samfundet og den produktion, der knytter sig til det på. For man kunne selvfølgelig forestille sig, at visse arbejdsopgaver blev udført af robotter eller med hjælpemidler i stedet for af mennesker, eller man kunne forestille sig, at de grupper af mennesker, der arbejdede indenfor disse brancher skulle gå på nedsat tid, og måske kun arbejde halvt så meget i løbet af en uge som andre erhvervsaktive, da de ellers ikke ville kunne holde til arbejdsopgaverne uden, at det gik udover deres helbred. Men spørgsmålet er, om man ville være parat til at drage konsekvenserne af en sådan beslutning – en beslutning, der på ingen måder kan betegnes som værende politisk neutral.

Det betyder altså, at analysen enten indebærer, at man 1) stiller urimelige krav til de firmaer, der især beskæftiger ufaglærte eller også fører den til, 2) at man individualiserer problemerne og gør det til arbejdstagernes eget problem at forholde sig til konsekvenserne af disse faktorer. Ad 1) Hvis virksomhedsejerne f.eks. skal investere i robotter eller ændre jobindholdet, vil dette i sig selv være en økonomisk byrde, som i mange tilfælde vil være et urealistisk scenarium givet den konkurrencesituation, virksomhederne befinder sig i på det kapitalistiske verdensmarked. Det gør sig særligt gældende, hvis man skulle forsøge at begrænse sygefraværet ved at sænke den jobusikkerhed, der er forbundet med ufaglærte jobs. Dette kunne f.eks. ske ved, at arbejdsgiveren blev pålagt restriktioner på mulighederne for at fyre folk, selv i situationer med faldende ordrer og stigende konkurrence. Det vil dog betyde, at den pågældende virksomhed pålægges unfair konkurrencevilkår sammenlignet med andre virksomheder i både ind- og udland. En sådan måde at forsøge at begrænse sygefraværet på indebærer altså en individualisering af problemerne, hvor det er virksomhederne og arbejdsgiverne, som må bære broderparten af omkostningerne. Ad 2) En anden måde at individualisere problemet på ville være at stræbe efter, at de erhvervsaktive – og særligt de ufaglærte, som er den gruppe, der har mest

jobusikkerhed - skulle blive bedre til at cope med udsigten til eller risikoen for at blive arbejdsløs. Hvordan dette rent praktisk skulle kunne lade sig gøre melder analysen ikke noget om. Men vi ville også kunne forestille os, at virksomhederne ville træffe andre beslutninger på baggrund af en sådan intervention mod de ufaglærtes sygefravær. Måske ville man indkøbe robotter for at få automatiseret denne type arbejdsopgaver. Måske ville man finde ud af, at det simpelthen var for dyrt at få dem udført i Danmark. Det ville betyde, at man i stedet flyttede produktionen til et andet land med lavere omkostninger, hvor det måske var arbejdstagerne selv, der måtte bære den økonomiske byrde ved arbejdsbetingede lidelser og deraf følgende fravær fra arbejdet. Uanset hvad ville det få den konsekvens, at de ufaglærte i Danmark også blev påvirket af den intervention, som skulle 'hjælpe' dem. Enten fordi de mistede deres job til de nye effektive robotter, eller til de arbejdsivrige kinesere, der ikke havde ret til at tage arbejdsgiverbetalt fravær i tilfælde af sygdom. Når forebyggelse af sygefravær resulterer i nye krav til arbejdsgiverne om et bedre arbejdsmiljø, bliver denne tekniske løsning på et politisk problem også ideologisk. Det er situationen, når konsekvenserne f.eks. i form af outsourcing eller 'rationaliseringer' bliver afpolitiseret. For måske ville de ufaglærte danskere hellere have muligheden for at arbejde på trods af et lidt dårligere helbred end funktionærerne. Måske ville de hellere være udsat for arbejdsmiljøbelastningerne i stedet for at ende som arbejdsløse.

Svaret på det spørgsmål kan vi kun gisne om. Men når risikofaktortilgangen fokuserer eksklusivt på enkeltfaktorer, og udregner ætiologiske fraktioner med det formål at give gode råd om, hvordan man bedst forebygger sygefraværet, ja så risikerer vi, at en sådan øvelse enten bliver skolastisk, fordi den helt er fjernet fra de muligheder, der er for at forandre de forhold, der skaber sygefraværet. Eller også bliver den ideologisk, fordi den forårsager et væld af forandringer, der aldrig har været politisk debat om, og som af den grund bliver betragtet som tekniske problemer med praktiske neutrale løsninger.

§5. Men det er ikke kun i metodologisk forstand, at denne måde at studere sygefravær på er problematisk. Det er ikke kun risikofaktortilgangen, der er problematisk. Et andet element hænger sammen med selve risikofaktorterminologien, og de videre implikationer det har, for den måde vi dermed tænker om sygefravær og de forhold, der påvirker fænomenet. For brugen af ordet *risikofaktor* kan være med til at indikere en homogenitet mellem sygdom og sygefravær, der er ganske problematisk. Når det sker, betyder det, at man fjerner fokus fra den *agens*, der altid ligger bag sygefraværs*behandlingen*. Når sygefravær på denne måde gøres identisk med sygdom, betyder det ofte, at sygefravær betragtes som et fænomen, man som individ blot kan *reagere* på; det er ikke længere en (bevidst) handling individet selv er primus motor for. Den fornemmelse får man, når man f.eks. støder på følgende sætning i en af Whitehall-artiklerne: "Risk factors specific to the individual such as work ethic or commitment to the organisation need to be considered." (North, Syme, Feeney, Head, Shipley & Marmot, 1993, s. 364) Pointen hos forskerne er, at man er nødt til at tage højde for individuelle faktorer, som f.eks. et individs arbejdsetik eller deres 'commitment' til den arbejdsplads, de arbejder på. Hvis de har en lav grad af 'commitment', vil de have en højere *risiko* for at blive sygemeldt end dem af deres kollegaer, som er mere 'committede'. Når man italesætter disse individuelle karakteristika som risikofaktorer, forudsætter man, at netop arbejdsetik og 'commitment' er forhold, det enkelte individ står uden mulighed for at påvirke; på grund af en given arbejdsetik og 'commitment' *reagerer* individet automatisk med en bestemt adfærd (dvs. sygefravær). Disse faktorer påvirkning af sygefraværet foregår altså fuldkommen analogt til den situation, hvorved individer, der er eksponeret for et bestemt sygdomsfremkaldende forhold, reagerer mere eller mindre automatisk ved at udvikle sygdommen. Hvis det forholdt sig sådan, at folk

bevidst tog (eller undlod at tage) sygefravær, f.eks. begrundet i etiske overvejelser om arbejdets betydning relativt set til andre sfærer af livet, ville det ikke være relevant at italesætte det, som om de havde en *risiko*, for at det kunne ske. En risiko indebærer nemlig en *mulighed* for et *eventuelt* fremtidigt tab eller skade, som individet ikke selv kan bestemme udfaldet af. Af den grund er det en meget relevant betragtning i forhold til sygdom, da det per definition betragtes som en konsekvens af *udefrakommende* forhold. Men hvis det er individet selv, der bevidst tager et valg om sygefravær på grund af vedkommendes arbejdsetik, er det ikke længere kun en mulighed eller en eventualitet; det er i stedet noget, der er en direkte konsekvens af vedkommendes egen fri vilje. Men da vi som sagt, ikke kan forestille os, at sygdomme udvikler sig på grund af rene viljeshandlinger hos individer, betyder det også, at denne voluntaristiske tankegang i forhold til studiet af sygefravær bliver ekskluderet fra diskussionerne og analyserne, når man anvender risikofaktorterminologien.

Når man anvender risikofaktortilgangen indikerer det altså også, at sygdom og sygefravær gøres synonymt med hinanden. At man kan finde eksempler på en sådan sammenblanding af de to fænomener, fremgår også af én af Alexanderssons kloge artikler om emnet, hvor problemet formuleres meget koncist:

“A problem in research on the reasons for sickness absence involves distinguishing between what leads to disease from what leads to sick leave. As discussed above, it is not the disease per se that leads to sickness absence, or gives the right to receive sickness benefits. Most of those with various types of diseases work and do not even consider being absent. Only diseases or injuries that lead to impaired work ability, required to carry out the job that one has (or seeks if unemployed) can lead to full-time or part-time sickness absence. The inability to work should always be judged in relation to the demands of the work... Thus, the main focus is not what functional impairment a disease leads to, but consequences in terms of work inability. This aspect is seldom clarified in the discussions and research on sickness absence. For some diagnoses, this does not present a major problem in research, i.e. diagnoses that nearly always lead to at least a short sick-leave spell. Here, the risk factors for sick leave are often the same as risk factors for disease.” (Alexandersson & Norlund, 2004a, s. 18).

Der er altså forskel på risikofaktorer for sygdom og risikofaktorer for sygefravær. Og her er den ovenfor omtalte artikel fra Whitehall faktisk et godt eksempel på, hvordan man i litteraturen om sygefravær sammenblander disse to fænomener. I et særskilt afsnit i artiklen slås det fast, at studiet bruger sygefravær som et 'generelt mål for helbred' (North et. al., 1996, s. 338). Det ligger fint i tråd med resten af Whitehall studierne, som jo netop dedikerede en hel artikel til at argumentere for sygefravær som et glimrende mål for generelt helbred, når man brugte WHO's definition af sundhed.³ Men tidligere i artiklen kan man til gengæld også læse følgende sætning: ”In contrast, lower status occupations tend to be characterized by low control. Employees in these occupations have fewer ways of coping with high work demands, which are, therefore, more likely to be associated with high rates of sickness absence.” (North et. al, 1996, s. 338). Sætningen må skulle forstås sådan, at visse arbejdstagere har en relativ dårlig mulighed for at influere deres arbejdsopgaver. Derfor har de højere rater af sygefravær, fordi der oftere opstår et mismatch mellem deres arbejdsopgaver og deres arbejdsevne: sygefravær bliver altså til et symptom på mismatch mellem de krav, der er knyttet til ens arbejdsopgaver og den enkeltes arbejdsevne. Selvom denne oplevelse harmonerer ganske fint med de pointer Alexandersson og Norlund fremhæver, så er der visse uoverensstemmelser i forhold til idéen om sygefravær som et mål for generelt helbred. Det vil nemlig betyde et meget relativistisk syn på helbred, som noget, der er dybt afhængig af de sociale roller, man besidder i samfundet. I bund og grund ville det indebære, at et givent symptom i nogle tilfælde ville klassificeres som sygdom, fordi det var

uforeneligt med at varetage visse arbejdsopgaver, mens det i situationer med andre arbejdsopgaver ikke ville være et udtryk for sygdom. Selvom man godt kan forvare et sådant synspunkt, virker det dog lidet sandsynligt, at netop forfatterne bag Whitehall studierne skulle have sådanne implikationer for øje, da de skrev teksten. I hvert fald kan man læse følgende afsnit i den oprindelige tekst, der argumenterer for sygefravær som et generelt mål for helbred:

“While illness behaviour and reporting bias probably contribute to sickness absence, they are unlikely to explain the strong associations which increase for spells of longer duration. Firstly, in other studies, self reported health is a strong predictor of mortality, which suggests it reflects "real" pathology.” (Marmot et. al., 1995, s. 128)

Det springende punkt i citatet er idéen om 'real pathology'. Omtalen af nogle dele af helbreds-fænomenet som 'reelt' (læs: biologisk patologisk), og dermed noget andet som ren og skær oplevelse, indikerer, at man ikke abonnerer på et syn, der sætter lighedstegn mellem sygdom og mismatch mellem arbejdsopgave og arbejdssevne.

Det er selvfølgelig ikke en nødvendig konsekvens, at alle studier, der anvender risikofaktorterminologien, samtidig gør sygefravær synonymt med sygdom. Men fordi selve terminologien vanskeliggør eller helt udelukker muligheden for at betragte sygefravær som en *handling*, får de selvstændige determinanter, der f.eks. er knyttet til oplevelsen af mismatch mellem arbejdsopgaver og arbejdssevne, også meget sværere ved at gøre sig gældende på en relevant måde i analysen af sygefravær-fænomenet.

§6. Men hvad er en risiko i virkeligheden? Er den identisk med en sandsynlighed, og hvorfor bruger man i så fald forskellige begreber om det samme? Den tyske sociolog, Niklas Luhmann, har en interessant diskussion af begrebsmodsatningen risiko og fare, som han mener, er langt mere relevant end den modsætning mellem risiko og sikkerhed, man ofte ser diskuteret i medierne eller i sociologiske teorier om temaet. Om distinktionen siger han:

”Til grund for sondringen mellem risiko og fare ligger en attributionsproces. Sondringen afhænger altså af, hvilke skader der bliver tilregnet hvem og hvordan. I de tilfælde, hvor vi tilregner skaderne til os selv, er der tale om risici, hvor vi tilregner dem til andre, er der tale om farer. Kun for rygere er kræft en risiko, for andre er den nu som før en fare. Hvis skader betragtes som en følge af egne beslutninger og tilregnes disse beslutninger, er der altså tale om risici, ligegyldigt hvordan disse risici vurderet i forhold til chancerne og hvilken idé om rationalitet som ligger til grund. Man antager da, at skaden ikke ville være sket, hvis der var blevet truffet en anden beslutning. Farer taler man derimod om, når og i den ustrækning man tilregner eventuelle skader til årsager uden for ens egen kontrol. Det kan være uafvendelige naturkatastrofer eller andre personers, grupper eller organisationers beslutninger.” (Luhmann, 1997, s. 177)

At noget først bliver til en risiko, når en specifik skade eksplicit gøres til nogens ansvar, betyder altså, at risiko er en social konstruktion, der 'forudsætter en iagttagelse'. Eller formuleret med de termer vi brugte i forrige kapitel: i hvilken forstand og på hvilken måde man opfatter forskellige aspekter af f.eks. arbejdsmiljø som en risikofaktor for sygefravær, afhænger af det perspektiv, der lægges på fænomenet. Det, der er en risikofaktor for arbejdsgiverne, er ikke nødvendigvis en risikofaktor for samfundet eller for den sygemeldte, eller er det i hvert fald i en anden forstand.

I yderste konsekvens betyder det, at sygefravær ikke har ét sæt af faste risikofaktorer, og at det i det hele taget kan være problematisk at betragte sygefravær i et risikofaktor-perspektiv: 1) For det første, fordi det forudsætter, at sygefravær nødvendigvis er en skade og ikke et gode. Hvis sygefravær gøres synonymt med sygdom vil det – for langt de fleste mennesker – være at betragte som en skade, men

hvis sygefravær behandles som et særskilt fænomen, og som den mulighed en syg person har for at blive fritaget fra de normale forpligtelser, der knytter sig til de sociale roller vedkommende besidder, kan sygefravær ikke betragtes (udelukkende) som en skade, men (også) som et gode. Alternativet ville her være, at vedkommende ville være nødt til at troppe op på arbejde på trods af sygdom, eller tage fri f.eks. med en reduktion af lønnen til følge (med alt hvad der evt. følger af negative konsekvenser af det, jf. kapitel 2, afsnit 1). I den forstand er brugen af risikofaktorterminologien med til at *politisere* fænomenet: "... den enes risikable adfærd bliver til en fare for den anden, og forskellen mellem fare og risiko bliver et politisk problem." (Luhmann, 1997, s. 192) Pointen hænger for Luhmann sammen med, at den potentielle skade vurderes forskelligt afhængigt af, hvem der iagttager fænomenet:

"Alle former for risikoadfærd, der ifølge egne standarder er rationel, rigtig eller i hvert fald forsvarlig, kan iagttages i samfundet af iagttagere, der ikke er enige i de anvendte kriterier. Dette er ikke blot en mulighed, man må regne med. Snarere reproducerer forskellen mellem risiko og fare sandsynligheden for divergerende iagttagelse. De, for hvem andres risikoadfærd bliver til en fare, vil bedømme adfærden anderledes end de, der selv træffer beslutningen eller er involveret i den. Der er med andre ord strukturelle grunde til den løbende reproduktion af konflikter omkring ramthed, og der findes intet standpunkt, hvorfra disse konflikter kan afgøres superrationelt eller etisk." (Luhmann, 1997, s. 193-4)

Når man taler om risikofaktorer i stedet for sandsynlighed, (selvom de to begreber rent statistisk set er identiske), har man politiseret og iagttaget sygefraværet fra ét bestemt perspektiv, der nødvendigvis må producere modperspektiver: Er sygefravær en risiko for arbejdsgiverne, fordi dovne og arbejdssky personager skalter og valter med fraværet, når de ikke har økonomiske incitamenter til at stramme sig an? Eller er sygefravær en risiko for arbejdstagerne, fordi deres arbejdsgivere nedprioriterer en sund og sikker arbejdsplads, og dermed skaber grobund for, at medarbejderne bliver syge af at være der?

At man i visse passager i de 10 mest citerede sygefraværsartikler er bevidste om den indbyggede politiske virkelighed, der knytter sig til studiet af sygefraværsfænomenet, kan man se af følgende formulering fra én af Kiwimäki og kollegaers utallige artikler om konsekvenserne af nedskæringer:

"...changes in staffing levels and the factors of gender, age, and socioeconomic status may be relevant in defining potential risk groups within organizations during organizational declines. It is evident, however, that these factors cannot usually be directly addressed through, for example, increasing employee numbers or discriminating selection procedures; such interventions would be either economically or legally (given equal opportunities legislation) unacceptable. In contrast, risk groups may legitimately be a target for more indirect interventions including, for example, health promotion programs." (Kiwimäki, Vahtera, Thomson, Griffiths, Cox & Pentti, 1997, s. 868-9)

I det finske studie blev hhv. køn, alder og socioøkonomisk status identificeret som risikofaktorer for sygefravær i tilfælde af nedskæringer. Men selvom man kunne reducere den risiko, virksomheden har for at få et øget niveau af sygefravær, ved fortrinsvist at afskedige kvinder, lavt uddannede og ældre medarbejdere, vil en sådan politik vedr. fyringer ikke være legal og legitim, fordi den står i en skærende kontrast til en række af de principper om f.eks. lige muligheder, som samfundet og lovgivningen er indrettet efter. For de ældre, kvindelige medarbejdere med lav uddannelse, er nedskæringen derimod en *fare*, som følger af den risiko virksomheden tager ved at skære ned. Her er der altså tale om et potentielt (fag)politisk emne, som givetvis har været diskuteret blandt fagforeningerne på de implicerede virksomheder.

Når vi taler om risikofaktorer for sygefravær har vi altså iagttaget fænomenet på en ganske særlig måde, der er knyttet til den forestilling, at sygefravær for virksomheden og for samfundet er en *skade* og ikke et *gode*. Når virksomheden ansætter kvinder og ældre tager de dermed en risiko, der indebærer højere

niveau af sygefravær, hvilket de kunne have undgået eller minimeret ved at ansætte mænd og yngre personale i stedet. I den forstand smugler vi altså en implicit normativitet med ind i analysen af sygefravær, når vi taler om risikofaktorer og ikke blot om sandsynligheder, eller når vi ikke specificerer, for hvem risikoen består.

§7. Et andet væsentligt punkt i Luhmanns definition af risiko var det element, der handlede om, at nogen har *ansvaret* for den potentielle fremtidige skade. I modsat fald ville der være tale om en fare – noget, der tilhørte 'skæbnen' i stedet for, og på den måde var fjernet fra menneskets kontrol. Når man anvender risikofaktorterminologien bliver nogen altså også gjort ansvarlige for de faktorer, der identificeres som forbundne til den skade, der analyseres. Og den proces, hvorigennem bestemte aktører tilskrives ansvar for disse faktorer, er tit blevet udlagt som en proces, hvor risici *privatiseres* eller *individualiseres*. Rockhill skriver om denne tendens:

"Because risk privatization makes risk, and the ability to alter risk, an intrinsic property of the individual, it raises important questions regarding assignation of disease responsibility. There are also important consequences of this individualization for disease prevention. Risk individualization denies the prevention paradox and implies that most epidemiologic risk models are accurate in predicting the future of a specific individual." (Rockhill, 2001, s. 365)

Selvom de identificerede risikofaktorer er sandsynligheder, der knytter sig til *grupper* og ikke enkeltindivider, forhindrer det ikke, at risikoestimerne alt for ofte fortolkes som sandsynligheder, der uden videre kan appliceres på det enkelte individs situation også. Og via denne brug af estimerne sker der samtidig en tilskrivelse af ansvarlighed for sygdommes udvikling til enkeltindividerne, allerbedst illustreret gennem den måde livsstil er gjort til noget individet selv har fuldt ansvar for (Leichter, 1997). Det er selvfølgelig en sandhed med modifikationer. Men selv hvis man med rette kan kritisere folk for at tage (unødige) risici, og selv stille dem til ansvar for konsekvenserne (dvs. skaderne), såfremt de alligevel løber dem, ja så er det samme ikke tilfældet med forhold, der ikke er under folks egen kontrol f.eks. socioøkonomisk status, eller måske i endnu højere grad køn eller etnisk oprindelse. For i hvilken forstand kan disse forhold være risikofaktorer for sygefravær, hvis vi med det forstår noget, som individet *selv* har ansvar for? Med en for ukritisk brug af risikofaktorterminologien risikerer vi således at kaste skylden på individer, der i virkeligheden blot er produkter af omstændigheder *udenfor* deres egen kontrol; vi 'skyder skylden på ofret' (Ryan, 1976). Rockhill bruger i sin diskussion af emnet brystkræft som eksempel, og nævner her, hvordan de individuelle livsstilsfaktorer (f.eks. højt alkoholforbrug) og selvundersøgelser, altså forhold som det enkelte individ umiddelbart kan tage ansvar for, i praksis er de eneste mulige forebyggende tiltag rettet mod denne kræftform. Det skyldes ifølge Rockhill, at de forebyggende tiltag på befolkningsniveau, der virkelig ville betyde noget. Memlig en sænkning af kvinders gennemsnitlige alder for første fødsel samt en hævelse af alderen for kvinders menstruationsdebut 'would be considered unethical or culturally undesirable in most developed and developing societies; such attempts to alleviate the public health problem of breast cancer could bring with them a net *loss* of public health' (Rockhill, 2001, s. 366). Det er dog ganske uklart, hvori dette netto tab af folkesundhed består, for de eventuelle ulemper ved tidligere forælderskab hænger jo i høj grad sammen med den måde, samfundet er indrettet på og formentlig ikke med helbredsforhold. I virkeligheden er det måske mere oplagt at se Rockhills bortforklaring af at forsøge at forebygge brystkræft på befolkningsniveau som en afpolitisering af området eller en forskydning af politisk ansvar fra et kollektivt niveau til et individuelt niveau. Man kan i hvert fald spørge, om vi ikke var bedre tjent

med, at videnskaberne i dette tilfælde rent faktisk vedblev at påpege, at den allerstørste årsag til den stigende incidens af brystkræft skyldes vores måde at organisere samfundet på, og at vi – såfremt vi ønsker at forebygge sygdommen – må overveje at ændre på de samfundsmæssige strukturer, som bidrager mest direkte til det. Når Rockhill afviser at påpege det fratager det i hvert fald befolkningen muligheder for netop at diskutere spørgsmålet om der er størst ulempe ved den øgede risiko for brystkræft, eller ved at få børn tidligere i livet. Den helt samme pointe kunne man rejse i forbindelse med brugen af risikofaktorterminologien i forhold til studiet af sygefravær som det f.eks. blev påpeget ovenfor i forhold til spørgsmålet om ensidigt gentagende arbejde, jobusikkerhed og sygefravær. Her afpolitiseres spørgsmålet også, selvom konsekvenserne af forebyggende foranstaltninger mod sygefravær blandt de ufaglærte f.eks. i form af arbejdsløshed, for nogen vil opfattes som værre end det belastende arbejdsmiljø, der forøger sygefraværet. Risikofaktorterminologien er *ikke* neutral, og når den fremstiller sig selv sådan, forvandler den sig til ideologi, der transformerer det, der burde være politiske spørgsmål, til praktiske problemer med tekniske løsninger.

Eksempel 1: Om 'Dobbelte byrder' og 'Arbejde-hjem' konflikter

Ved at tage udgangspunkt i et paper (Hansen & Andersen, 2007), der blev sendt ind til et tidsskrift i foråret 2007,⁴ er det muligt at illustrere forskellige af de ovennævnte problematikker. Det gælder f.eks. den for upræcise specificering af om sygefravær bruges som et proxymål for sygdom eller som et selvstændigt fænomen, og problemerne vedrørende atomiseringen af årsagsmekanismerne. Formålet med analysen var at undersøge, i hvor høj grad 'dobbelte byrder' (Hochschild, 2003) og rollekonflikt mellem arbejde og hjem var relateret til langvarigt sygefravær. Ligesom artiklen forsøgte at undersøge, om en sådan mekanisme kunne være med til at forklare kønsforskelle i sygemeldinger.⁵

Det teoretiske udgangspunkt for artiklen er forestillingen om konflikter mellem de forskellige roller en person indgår i som en del af sit hverdagsliv. Idéen stammer helt tilbage fra strukturfunktionalismens højtid, og er stærkt influeret af Parsons' teorier. Man ser den f.eks. fremført af den amerikanske sociolog W.J. Goode, hvis hovedtese er, at konflikter mellem forskellige sociale roller kan føre til 'role strain'. Denne tilstand er karakteriseret ved, at de 'krav', der er knyttet til de forskellige roller, man indgår i, er større end de 'ressourcer', man har til rådighed. En længerevarende periode med 'role strain' vil betyde en så stor belastning, at det i længden vil trætte én mentalt og føre til en tilstand af kronisk stress (Goode, 1960).

I en senere artikel præciserer Greenhaus og Beutell (1985) argumentet yderligere, og kritiserer Goode for ikke at have skelnet tilstrækkeligt tydeligt mellem forskellige typer af rollekonflikter. De to psykologer argumenterer for, at en sådan rollekonflikt både kan skyldes knaphed af *tid* (fordi man ikke kan bruge den tid, man allerede har brugt én gang, et andet sted), men også knaphed af *psykisk energi*, (fordi man forudsætter rollerne og fordelingen af energi mellem dem som et nulsumsspil, hvor energi brugt på én aktivitet betyder mindre energi og overskud til en anden aktivitet). Slutteligt nævner de en tredje type rollekonflikt, der handler om uforeneligheden af de værdier og handlinger, der knytter sig til rollerne. F.eks. diskrepansen mellem at være en hårdkogt gangster, der lever af at slå tænderne ud på sine fjender, og samtidig være en sød og kærlig familiefar, der går tur i parken med lille Louise i barnevognen.

Hvis man overfører dette teoretiske perspektiv til litteraturen om sygefravær, bliver spørgsmålet, om rollekonflikt er en 'risikofaktor' for sygefravær, når sidstnævnte anvendes som et proxy mål for generelt

helbred. Forskningsspørgsmålet går altså på om rollekonflikter, hvis de opleves over en længere periode, fører til et højere niveau af (oplevet) stress, og deraf følgende langvarig sygemelding på længere sigt. Hypotesen vil være, at rollekonflikt vil øge sandsynligheden for at blive sygemeldt, hvis man registrerer den tid, der går til deltagerne bliver sygemeldt første gang i en periode på op til 1½ år efter, man har konstateret, hvilket niveau af rollekonflikt deltagerne i studiet har.

I ASUSI-undersøgelsen er rollekonflikt operationaliseret med tre⁶ spørgsmål, der alle er taget fra eksisterende undersøgelser.⁷ Som det fremgår af tabel 4.1 nedenfor er omfanget af oplevede rollekonflikter blandt medlemmer af kernearbejdsstyrken heldigvis ikke særligt stor. Det er mindre end hver tiende, der oplever rollekonflikt 'det meste af tiden', og en mindst lige så stor andel, der 'på intet tidspunkt' oplever noget sådant. Der er en lidt større forekomst af dem, der gerne ville have mere tid til sig selv, sammenlignet med de øvrige typer af rollekonflikt.

Tabel 4.1 Omfanget af oplevede rollekonflikter i kernearbejdsstyrken. Pct.

<i>Hvor ofte har du – inden for de sidste 12 måneder – haft det på følgende måde?</i>	N	Hele tiden	Det meste af tiden	En hel del af tiden	Noget af tiden	På intet tidspunkt
At du har været så træt, når du kom hjem fra arbejde, at du ikke har orket de huslige pligter, som skulle gøres.	13.130	1	6	22	56	15
At det har været svært for dig at leve op til dine familieforpligtelser på grund af den tid, du har brugt på dit arbejde (forpligtelser overfor <u>både</u> børn og partner).	13.141	2	6	17	40	35
At du gerne ville have mere tid til dig selv?	13.085	4	9	24	46	18

Da vi i denne sammenhæng ikke er interesseret i de individuelle aspekter af rollekonflikterne, men blot om personen oplever det eller ej, benyttes der i det følgende et sammensat mål på trods af, at de tre items ikke udgør en valideret skala. To af spørgsmålene 'tapper' direkte ind i spørgsmålet om arbejdet-til-hjem-konflikter, dvs. konflikter, der primært har deres udspring i, at de krav, som er forbundet med arbejdsrollen, påvirker familielivet i hjemmet på en negativ måde (f.eks. pga. manglende tid eller energi). Det sidste er mere uspecifikt og handler om, hvorvidt man gerne ville have mere tid til sig selv (og dermed til en hvilken som helst rolle, man kunne tænke sig at prioritere. I den forstand kunne man med lidt god vilje sige, at den handler om 'fritidsrollen'). Til sammen er spørgsmålene dog af en sådan karakter, at de kan indgå i et samlet mål for rollekonflikt, der er dannet ved at summere værdierne på de tre spørgsmål.⁸ Herefter er skalaen dikotomiseret sådan, at den tiendedel af kernearbejdsstyrken, som har det højeste niveau af rollekonflikt, er skilt ud fra den øvrige del.

I artikeludkastet gøres der ikke meget ud af at beskrive, hvem den gruppe af personer, der er mest plaget af rollekonflikt, er, men i tabel 4.2 nedenfor kan vi se nogle af denne gruppes karakteristika. De mest markante forskelle vedrører arbejdet: der er ca. dobbelt så mange, der oplever rollekonflikt blandt de, der synes, at arbejdet er meget krævende sammenlignet med dem, der ikke synes det er krævende, ligesom både overarbejde og stigende ugentlig arbejdstid fører til højere forekomst af rollekonflikt. Til

gengæld betyder hverken pendling, unormale arbejdstider eller ledelsesansvar nogen særlig forøgelse i forekomsten af rollekonflikt. I forhold til familieforholdene er forskellene endnu mindre, og samtidig er sammenhængene ikke konsekvent lineære. F.eks. ser det ud til, at sammenhængen mellem rollekonflikt, og den tid man bruger på arbejdsopgaver i hjemmet, er kurvelineær således, at konflikten opleves hyppigst, både når man arbejder meget lidt i hjemmet, og når man arbejder meget. En lignende sammenhæng finder man mellem børn og rollekonflikt, hvor den laveste andel af oplevet rollekonflikt findes blandt gruppen helt uden børn. Herefter stiger andelen og er højest for den gruppe, der har 2 børn, hvorefter andelen falder igen for dem, der har flere end 2 børn.

Tabel 4.2 Andelen af personer, der oplever rollekonflikt i forskellige subgrupper af kernearbejdsstyrken. Pct.

	Chi ² /Trend markeret med *	Rollekonflikt	Ingen rollekonflikt
Demografiske forhold			
Alder	P < 0,01*		
18-29		15	85
30-39		13	87
40-49		10	90
50-59		9	91
60-64		6	94
Køn	P = 0,25		
Mænd		11	89
Kvinder		10	90
Social klasse (Eriksson/Goldthorpe/Portacaro)	P < 0,01*		
Professionelle/Ledere		12	88
Rutine/ikke-manuelt arbejde		9	91
Selvstændige erhvervsdrivende		11	89
Faglærte arbejdere		10	90
Ufaglærte arbejdere		10	90
Landbrug		8	92
Familieforhold			
Civilstand	P < 0,01		
Enlig		10	90
Samboende		12	88
Børn	P < 0,01		
0		10	90
1		12	88
2		13	87
3 eller flere		10	90
Tid brugt på opgaver i hjemmet	P = 0,01*		
< 1 time om dagen		12	88
1-2 timer om dagen		10	90
2-3 timer om dagen		10	90
> 3 timer om dagen		12	88
Hente børn	P < 0,01		
Ikke ansvarlig for at hente børn		10	90
Primær ansvarlig for at hente børn		13	87

Tabel 4.2 fortsat	Chi ² /Trend markeret med *	Rollekonflikt	Ingen rollekonflikt
Arbejdsforhold			
Store krav	P < 0,01		
Nej		8	92
Ja		16	84
Ledelsesansvar	P < 0,01		
Nej		10	90
Ja		12	88
Faktisk ugentlig arbejdstid	P < 0,01*		
< 37 timer/uge		8	92
37-45 timer/uge		10	90
> 45 timer/uge		17	83
Overarbejde	P < 0,01		
Mindre end hver uge		8	92
Hver uge		15	85
Pendling	P < 0,01		
< 1 time/dag		10	90
> 1 time/dag		13	87
Arbejdstid	P = 0,02		
Normal arbejdstid		10	90
Unormal arbejdstid		12	88

Slutteligt kan vi se, at der ikke er forskel mellem, hvor mange mænd og kvinder, der oplever konflikter mellem arbejde og hjem, ligesom der heller ikke er store forskelle mellem de sociale klasser. Til gengæld er det helt tydeligt, at rollekonflikt bliver sjældnere, jo ældre deltagerne bliver; det er fortrinsvist et problem for unge mellem 18 og 39, og betyder næsten ingenting for personer over 50 år.

Et væsentligt problem ved idéen om rollekonflikt, som den kommer til udtryk hos blandt andre Greenhaus og Beutell (1985), er, at man ikke forholder sig mere kritisk overfor den strukturfunktionalistiske tradition, hvorefter den teoretiske idé udspringer. Det betyder, at man indirekte opererer med både statiske og homogeniserende forudsætninger om, hvad en social rolle indebærer, og hvad der kan komme til at stå i konflikt med den. F.eks. er der ingen, der siger, at forælderrollen eller rollen som ægtefælle behøver at indebære de samme forventninger på tværs af sociale klasser eller generationer. Et andet aspekt handler om forestillingen om tid som noget, der udelukkende har at gøre med *varighed*. Det er en unødvendig indsnævring af begrebet, som i virkeligheden er med til at skygge for en række konflikter, der også kan begrebsliggøres som 'rollekonflikter'. Disse konflikter udspringer ikke direkte af *knaphed* af tid, men handler i stedet om andre dimensioner af tid, f.eks. dem, der har at gøre med *timing* (dvs. udbredelsen af praktikker i tid-rum og den deraf følgende nødvendighed af at synkronisere disse), og *periodisering* (dvs. med hvilken rytme og gentagelse praktikker repeteres og gøres til rutiner). Såvel timing som periodisering kan skabe problemer i forhold til andre roller, fordi det sætter begrænsninger på den måde, tiden kan bruges på af de andre roller. Hvis man f.eks. arbejder i skiftehold på en boreplatform, vil man være hjemme 2 uger i træk, og derefter være væk i 2 uger, hvilket alt andet lige gør det vanskeligt at indgå i rutiner i familielivet (f.eks. ifht at bringe/hente børn osv). Et mindre ekstremt eksempel på dette har at gøre med timing dimensionen, som handler om den måde, hvorpå ens tid er bundet til rummet, f.eks. fordi man skal pendle til og fra arbejde, eller fordi man skal hente børn på et bestemt sted på et bestemt tidspunkt. Kombinationen af tid-rum-bundne opgaver i

såvel arbejds- som familieliv udgør en mulig kilde til rollekonflikt, der ikke kan rummes af Beutell og Greenhaus' oprindelige formulering, fordi tid her er blevet reduceret til varighed (for et par studier, der underbygger eksistensen af denne type konflikter se Mckie, Gregory & Bowlby, 2002; Southerton, 2003). Hypotesen er altså, at kombinationer af tid-sted-bundne forpligtelser knyttet til én eller flere sociale roller vil føre til, at de berørte personer oplever rollekonflikt og 'role strain'. På længere sigt vil det resultere i øget 'risiko' for langvarig sygemelding.

Tabel 4.3 viser to typer af, hvad man kunne kalde *synkroniseringsbaserede* rollekonflikter, dvs. rollekonflikter, der opstår pga. vanskeligheder med at synkronisere de stærkt tid-rum-bundne praktikker, der knytter sig til f.eks. arbejds- og/eller familielivsrollen. I tabellerne er datagrundlaget reduceret til udelukkende at indeholde de deltagere i ASUSI-undersøgelsen, som har mindst ét barn. Hvis ikke denne fremgangsmåde var valgt ville sammenligningerne ellers blive kunstige. Man ville nemlig sammenblande personer med børn *uden* tid-rum-bundne forpligtelser med folk *belt uden børn*, som af den grund ikke kan have i hvert fald den type tid-rum-bundne forpligtelser, som bruges i denne analyse. Som det fremgår, er resultaterne tvetydige, for mens der er en tendens til, at kombinationen af pendling og ansvar for at hente børn øger andelen, der oplever rollekonflikt, er der ikke en tilsvarende sammenhæng mellem kombinationen af unormal arbejdstid og ansvar for at hente børn. Her er det i stedet dem, der har normale arbejdstider, (dvs. almindeligt dagarbejde "9-16") og ansvar for at hente børn, som hyppigere oplever rollekonflikt.

Tabel 4.3 Andelen af personer i kernearbejdsstyrken med hjemmeboende børn, der oplever rollekonflikt i subgrupper med kombinationer af tid-sted-bundne forpligtelser. Pct.

	Chi ² /Trend markeret med *	Rollekonflikt	Ingen rollekonflikt
Synkroniseringsbaserede rollekonflikter			
Kombinationer af pendling og ansvar for at hente børn	P < 0,01*		
Pendling < 1 time/dag + ikke hente børn		11	89
Pendling < 1 time/dag + hente børn		13	87
Pendling > 1 time/dag + ikke hente børn		15	85
Pendling > 1 time/dag + hente børn		16	84
Kombinationer af unormal arbejdstid og ansvar for at hente børn	P = 0,24		
Normal arbejdstid + ikke hente børn		11	89
Normal arbejdstid + hente børn		14	86
Unormal arbejdstid + ikke hente børn		12	88
Unormal arbejdstid + hente børn		12	88

For, at argumentet skal være plausibelt, er det dog ikke nok at vise en sammenhæng mellem forskellige arbejds- og familieforhold og oplevelsen af rollekonflikt. Man må også kunne se, at rollekonflikt fører til dårligere psykisk velbefindende f.eks. et højere niveau af oplevet stress og mere træthed. Af tabel 4.4 nedenfor kan man se sammenhængen mellem fire indikatorer på helbred (inkl. langvarigt sygefravær) og oplevelsen af rollekonflikt.

Tabel 4.4 Sammenhæng mellem forskellige typer af rollekonflikt, psykisk velbefindende og sygemelding.

	Oplevet stress. Gns (4-20)	Mentalt helbred. Gns. (0-100)	Vitalitet. Gns. (0-100)	Andel med sygemelding i opfølgningsperioden på 1½ år efter baseline. Pct.
Oplevet rollekonflikt (hele stikprøven)				
Ingen rollekonflikt	7,61	72,55	65,30	10,3
Rollekonflikt	10,10	61,41	49,80	14,1
Synkroniseringsbaserede rollekonflikter (deltagere med mindst 1 hjemmeboende barn)				
Kombinationer af pendling og ansvar for at hente børn	P < 0,01	P < 0,01	P < 0,01	P < 0,01
Pendling < 1 time/dag + ikke hente børn	7,74	71,78	64,09	8,6
Pendling < 1 time/dag + hente børn	8,34	69,48	61,01	10,2
Pendling > 1 time/dag + ikke hente børn	8,05	71,42	63,11	12,9
Pendling > 1 time/dag + hente børn	8,51	68,93	59,91	15,4
Kombinationer af unormal arbejdstid og ansvar for at hente børn	P < 0,01	P < 0,01	P < 0,01	P < 0,01
Normal arbejdstid + ikke hente børn	7,79	71,86	64,12	9,8
Normal arbejdstid + hente børn	8,38	69,35	60,92	10,6
Unormal arbejdstid + ikke hente børn	7,83	71,09	62,91	7,1
Unormal arbejdstid + hente børn	8,34	69,20	59,25	14,3

Der er ikke en klar sammenhæng i den forventede retning for alle fire helbredsindikatorer. Man kan f.eks. se, at det oplevede stressniveau ikke varierer mellem dem, der har normale og unormale arbejdstider; for stress er det alene spørgsmålet om at have ansvar for at hente børn, der betyder noget. Næsten samme mønster finder man for mentalt helbred, hvor der heller ikke er ret stor forskel mellem de, der har normale og unormale arbejdstider, og hhv. har ansvar for at hente børn eller ikke har. Til gengæld er trætheden relateret til kombinationerne af arbejdstid og ansvar for at hente børn på den forventede måde: deltagerne er mindst trætte, når de har almindelige arbejdstider uden ansvar for at hente børn, mens de er mest trætte, når de har et sådant ansvar og samtidig har unormale arbejdstider. Det er vanskeligt at fortolke dette entydigt, særligt når der ikke er longitudinelle data tilgængelige, som kunne specificere sammenhængene mere klart. Men man kunne se det som et udtryk for, at synkroniseringsbaserede rollekonflikter påvirker, hvor *træt* man bliver, men at det ikke nødvendigvis spiller nogen rolle for, om man oplever sig stresset, eller som værende udsat for rollekonflikter. Men i stedet for at konkludere, at det betyder, at disse synkroniseringsbaserede rollekonflikter ikke fører til oplevet stress, kan man også forestille sig, at det første skridt mod oplevet stress og oplevede rollekonflikter sker igennem træthed. Det kunne i hvert fald være med til at forklare den fordeling af sygemeldinger, man ser mellem de forskellige grupper af kombinationer. Her er det suverænt kombinationen af unormale arbejdstider, og ansvar for at hente børn, der producerer det højeste niveau af sygemeldinger. Alt dette er dog spekulation, og vil kun kunne undersøges mere grundigt i datamateriale med flere målinger af såvel de synkroniseringsbaserede rollekonflikter som af helbredsudfaldene og målet for sygefravær. For kombinationen af lang pendlingstid og ansvar for at

hente børn er sammenhængen mere som forventet. For de personer, der både har en pendlingstid på mere end 1 time om dagen og ansvar for at hente børn, er andelen med sygemelding i opfølgningsperioden mere end dobbelt så stor end for dem, der pendler kortere og ikke har det ansvar. Men alt dette baserer sig på bivariate sammenhænge, som derfor kan være spuriøse, fordi de blot er resultatet af bagvedliggende variable, der påvirker såvel synkroniseringskonflikterne som sygemeldingerne. For at undersøge om der er en forskel i incidensen af sygemeldinger baseret på forskelle i de forskellige typer af rollekonflikt, er det nødvendigt at gennemføre en multivariat analyse, der sammenligner 'risikoen' for at blive sygemeldt hos individer med samme baggrundskarakteristika.

Tabel 4.5 Sammenhængen mellem forskellige typer af rollekonflikt og langvarig sygemelding. Cox proportional hazards regression. 95% sikkerhedsinterval.

		Hazard Rate	
		Ujusteret	Fuldt justeret ¹
Oplevet rollekonflikt (hele stikprøven)			
Ingen rollekonflikt		1.00	1.00
Rollekonflikt		1.38 (1.17-1.62)	1.31 (1.10-1.55)
Synkroniseringsbaserede rollekonflikter			
Kombinationer af pendling og ansvar for at hente børn			
Pendling < 1 time/dag + ikke hente børn	ref	1.00	1.00
Pendling < 1 time/dag + hente børn		0.92 (0.75-1.13)	0.99 (0.80-1.23)
Pendling > 1 time/dag + ikke hente børn		1.07 (0.91-1.25)	1.26 (1.08-1.48)
Pendling > 1 time/dag + hente børn		1.47 (0.97-2.25)	1.84 (1.20-2.83)
Kombinationer af unormal arbejdstid og ansvar for at hente børn			
Normal arbejdstid + ikke hente børn	ref	1.00	1.00
Normal arbejdstid + hente børn		0.92 (0.74-1.13)	0.95 (0.76-1.20)
Unormal arbejdstid + ikke hente børn		1.35 (1.17-1.55)	1.05 (0.91-1.22)
Unormal arbejdstid + hente børn		1.65 (1.16-2.33)	1.44 (1.01-2.06)

¹ Fuldt justeret betyder i denne sammenhæng, at der er justeret for køn, alder, social klasse, jobkrav, ledelsesansvar, ugentlig arbejdstid, hyppighed af overarbejde, tid brugt på arbejde i hjemmet, civilstatus, ægtefælles sygdom, antal hjemmeboende børn, fysisk arbejdsmiljø (EGA + tunge løft), livsstilsfaktorer (overvægt, fysisk aktivitet, rygning og alkoholforbrug), jobusikkerhed, husstandsindkomst og holdninger til fravær.

Tabel 4.5 viser hazard raterne⁹ for de tre typer af rollekonflikt hhv. ujusteret og justeret for en lang række faktorer, man kan betragte som mulige 'confoundere' eller konkurrerende forklaringer. Der er altså en øget risiko for at blive sygemeldt i mere end 14 dage, såfremt man er udsat for én af de 3 forskellige rollekonflikter; mest alvorlig ser kombinationen af pendling og ansvar for at hente børn ud til at være. Her er den relative risiko for at blive sygemeldt, når man er i en sådan situation sammenlignet med de, der ikke pendler langt og ikke har ansvar for at hente børn 1.84. Dvs. at incidensen af sygemeldinger er mere end 80% højere for denne gruppe.

Kritik af det oprindelige artikeludkast

I det oprindelige artikeludkast blev der kontrolleret for en række helbredsudfald (kronisk sygdom, mentalt helbred og bevægeapparatsmerter), hvilket faldt flere af reviewerne for brystet:

"The main revision I recommend is the authors consider and describe in the introduction much more carefully how the variables in the models are related to each other, and then show this in the relevant tables. A key conceptual problem is mixing up variables that may be in the causal pathway with confounding variables. This is a critical issue in terms of the analyses that 'adjust' for a wide range of physical and mental health problems and health behaviours before examining the association between long-term sickness absence and the double burden. In the models where the health variables are not entered there are associations evident for many of the predicted variables. When the authors enter the health variables (model 2) many of these associations disappear. But this makes perfect sense because the likely impact of the double burden on sickness absence is through its impact on illness, health behaviours and well-being, indeed there is now a literature attesting to this." (Review af 'Double-burdens', work-family conflicts and sickness absence - re-examining gender differences in long term sickness absence, personlig korrespondance).

Hvis der kontrolleres for helbred i ovenstående analyse, svarer det til at undersøge spørgsmålet, om rollekonflikter producerer sygefravær, *udover* den effekt rollekonflikterne har på træthed, stress og andre helbredsrelaterede forhold; påvirker rollekonflikter individernes hverdagsliv på en sådan måde, at de bliver nødt til at benytte sig af sygemeldinger som en måde at cope med disse konflikter? Selvom dette spørgsmål er interessant, er det næppe relevant at undersøge i denne sammenhæng, hvor sygemeldingerne har en varighed af mindst 14 dage. Der er i hvert fald god grund til at tro, at såfremt man bruger sygefravær som en måde at cope på, så sker det oftest i episoder af mindre end 14 dages varighed. Det er altså kun i det øjeblik, at man opfatter sygefravær som en strategisk måde at handle på, hvor helbred blot er én faktor, der påvirker beslutningen om at tage fravær, og hvor der kan være andre og mere betydende determinanter, som f.eks. jobtilfredshed eller rollekonflikter, der nødvendiggør ens nærvær et andet sted end på arbejdet, at det giver mening at kontrollere for helbreds faktorer.

Den tilgang, der blev anvendt i det afviste paper, hvor der altså kontrolleres for alle tilgængelige variable, herunder en lang række helbredsvariable, er et godt eksempel på den atomisering af årsagsmekanismen, der blev beskrevet ovenfor. Her behandles alle faktorer som ligeværdige, og er i den forstand forbundet til det udfald, man studerer på samme måde og med samme (tidslige) 'afstand'. Postulatet er her, at man ikke benytter sig af teoretiske forestillinger, og at man derfor analyserer udfaldet på en neutral og videnskabelig unbiased måde. Men sandheden er i virkeligheden, at man smugler dén teoretiske forudsætning ind, at alle faktorer påvirker udfaldet *på samme måde* (f.eks. med samme 'tidslige forskydning'). Det gør det plausibelt udelukkende at lade det være statistiske betragtninger af associationernes størrelse, der afgør hvilke sammenhænge, der rent substantielt skal fortolkes som de vigtigste. Fra et sociologisk synspunkt er det imidlertid noget vrøvl. For alt andet lige vil helbred altid være den stærkeste determinant for sygemeldinger af mere end 14 dages varighed alene af den grund, at dette udfald er et 'generelt helbredsmål' (Marmot et al, 1995). Derfor vil den tidslige forskydning mellem helbred og sygefravær være langt mindre, end den forskydning, der f.eks. findes mellem rollekonflikter og sygemeldinger af mindst 14 dages varighed. Denne indvending er netop én af pointerne hos Nancy Krieger og hendes kritik af 'web of causation'-metaforen:

"If the 'web' is a model, it follows that it must be based on or reflect some theory. Closer inspection of the elements of the 'web' in turn discloses the theoretical orientation woven into its very fabric. One cardinal feature is that, despite claims about being inclusive and non-hierarchic in its depiction of risk factors, the 'web' in fact employs a type of weighting that levels all distinctions. In MacMahon et al.'s 'web', 'treatment in clinics' and the 'economy' occupy the same level, and rate the same kind of 'box' as 'injection of foreign serum' and 'epidemic hepatitis in community'. The 'web' thus inevitably focuses attention on those risk factors 'closest' to the 'outcome' under investigation, and these in turn typically translate to the direct biologic

causes of disease in individuals and/or to 'lifestyles' and other risk factors that allegedly can be addressed at the individual level through education or medical intervention." (Krieger, 1994, s. 891).

At kontrollere for helbred i en analyse af rollekonflikters betydning for det langvarige sygefravær vil med stor sandsynlighed betyde, at effekten af disse vil forsvinde, fordi deres effekt ligger fjernere i 'årsagsspindelvævet', end mentalt helbred og kronisk sygdom gør. Når sygemeldinger af 14 dages varighed analyseres er det i virkeligheden ganske uinteressant, at helbred naturligvis også spiller en rolle for beslutningen om at tage sygefravær. Det interessante er, hvilke *andre* faktorer, der påvirker helbredet og derigennem sygefraværet. Og hvis man f.eks. finder, at rollekonflikter påvirker incidensen af sygemeldinger, men at denne sammenhæng forsvinder, når der tages højde for helbred, så vil den mest rigtige fortolkning af dette nok være, at det er fordi, rollekonflikter fører til dårligere selv vurderet helbred og deraf følgende sygefravær på længere sigt.

En måde at undersøge, hvorvidt rollekonflikter er med til at øge brugen af sygefravær som en strategisk måde at cope på, er ved at supplere de oprindelige analyser med nogle, der undersøger sandsynligheden for at have angivet to af de begrundelser, der blev præsenteret i Tabel 3.8: "At du havde hårdt brug for en fridag (f.eks. til at koble af)?" og "Personlige problemer eller problemer i familien?" I analysen er svarene dikotomiseret, så de to variable angiver om deltageren har taget sygefravær med denne begrundelse eller ej (dvs. svarkategorien 'slet ikke' er kodet 0 og de øvrige tre er kodet 1).

Tabel 4.6 Sammenhæng mellem forskellige typer af rollekonflikt og 'strategisk' sygefravær.
Logistisk regression. Forventede sandsynligheder.

<i>Forventede sandsynligheder (i %) ved gennemsnitsværdier for øvrige uafhængige variable.</i>		'Hårdt brug for en fridag'	'Personlige problemer/ problemer i familien'
		Fuldt justeret ^a	Fuldt justeret ^a
Oplevet rollekonflikt (hele stikprøven)		P < 0,01	P < 0,01
Ingen rollekonflikt		16,5	8,2
Rollekonflikt		36,0	17,4
Synkroniseringsbaserede rollekonflikter			
Kombinationer af pendling og ansvar for at hente børn		p = 0,02	p = 0,26
Pendling < 1 time/dag + ikke hente børn	ref	17,7	8,7
Pendling < 1 time/dag + hente børn		21,0	11,9
Pendling > 1 time/dag + ikke hente børn		22,0**	9,3
Pendling > 1 time/dag + hente børn		25,3	14,9
Kombinationer af unormal arbejdstid og ansvar for at hente børn		p = 0,74	p = 0,03
Normal arbejdstid + ikke hente børn	ref	18,1	8,2
Normal arbejdstid + hente børn		21,0	11,6
Unormal arbejdstid + ikke hente børn		19,7	11,5*
Unormal arbejdstid + hente børn		24,2	15,5
^a Justeret for køn, alder, social klasse og selv-vurderet helbred. * = p < 0,05, ** = p < 0,01			

I denne sammenhæng er hensigten ikke at modellere, hvilke faktorer, der helt generelt bidrager til et strategisk brug af sygefravær. Vi ønsker blot at undersøge, hvorvidt der er en sammenhæng mellem de tre typer af rollekonflikt og en sådan strategisk brug af sygefravær. Derfor justeres der i analyserne udelukkende for køn, alder, social klasse og helbred, ligesom analyserne udelukkende udføres på de, der

rent faktisk angiver at have haft sygefravær mindst én gang i løbet af de 12 måneder, der lå op til indsamlingen af spørgeskemadata i september 2004 (n= 8.999).¹⁰

Af tabel 4.6 ovenfor fremgår det tydeligt, at sandsynligheden for at have taget 'strategisk' sygefravær er væsentligt højere, når deltagerne oplever rollekonflikter. 17% af dem, der har haft sygefravær, men ikke oplever rollekonflikt, angiver at have taget sygefravær, fordi de havde 'hårdt brug for en fridag'. Hele 36% af dem, der oplever rollekonflikt, gør det samme. Et lignende mønster ser vi for dem, der angiver at have meldt sig syge pga. 'personlige problemer eller problemer i familien'. Til gengæld er der ikke en overbevisende sammenhæng mellem de synkroniseringsbaserede rollekonflikter og den strategiske brug af sygefravær. For selvom gruppen, der har tid-sted-bundne forpligtelser, har en højere forventet sandsynlighed for at have taget sygefravær med denne begrundelse, er forskellene ikke statistisk signifikante. Men der er dog næppe tvivl om, at rollekonflikter påvirker sygefraværet både *direkte*, fordi folk bruger sygefravær 'strategisk' som en måde at cope med modstridende krav. Men at de også virker *indirekte*, fordi rollekonflikterne tærer på deres kræfter og energi, og på længere sigt er med til at forårsage dårligere helbred, som øger incidensen af sygdommeldinger hos dem, der er mest udsat for rollekonflikter.

Læren af den afviste artikel er, at det er ganske vigtigt at holde sig de årsagskæder, man direkte eller indirekte opererer med for øje, da man ellers – på grund af regressionsmetodens atomiserende fremgangsmåde - risikerer at nå til fejlagtige konklusioner. Hvilke årsagskæder, der er relevante afhænger i høj grad også af den måde sygefraværsfænomenet bliver defineret og opfattet på: Er der tale om et proxy-mål for helbred, eller er der tale om et selvstændigt fænomen med selvstændige determinanter?

Ovenfor nævnte beskrivelse minder os om problemerne ved at gøre sygefravær synonymt med sygdom. En følge, der kan være et resultat af risikofaktorterminologien. En anden problematisk konsekvens er den privatisering af risici for sygefravær, der også følger den. For hvis vi igen tager italesættelsen af fænomenet, som en skade, hvortil der knytter sig en række risikofaktorer, som det for det enkelte individ handler om at undgå, ja så må det være på sin plads at gennemtænke en række af de associationer, der er beskrevet ovenfor. I den oprindelige analyse af dobbelte byrder og sygefravær kan man f.eks. konstatere, at tilstedeværelsen af en syg (defineret som en person, der går hyppigere til læge end flertallet af deltagerne i ASUSI-undersøgelsen) eller førtidspensioneret ægtefælle/sambo øger 'risikoen' for at vedkommende selv vil blive sygemeldt i mindst 14 dage (Hazard raten var: 1.3). En anden 'farlig' situation er at være enlig forsøger for hjemmeboende børn. 'Risikoen' for langvarig sygdomsmelding stiger med 25% for hvert barn under 18 år.

En syg ægtefælle er altså en risikofaktor for sygefravær, ligesom børn er det for de medlemmer af kernearbejdsstyrken, der ikke har nogen partner. Men i hvilken forstand kan man tale om disse 'faktorer' som risici? Når man gør det, italesætter man i hvert fald de observerede sammenhænge som noget, der i sidste ende er individernes eget ansvar. Hvis man polemisk skulle formulere 'policy implications' af disse fund, sådan som det er gængs at gøre i mange epidemiologiske tidsskrifter, kunne man måske ende op med de punkter, der er stillet op i figur 4.1. Eksemplet er selvfølgelig helt igennem fiktivt, og forbyder sig mod de (indirekte) politiske begrænsninger, som Kiwimäki og kollegaer f.eks. anerkender i den ovenfor omtalte analyse af implikationerne af nedskæringer. Men hvis man skal føre individualiseringen af risici til ende, og kaste den politiske korrekthed over bord, må det nødvendigvis betyde, at det er råd som, de der bliver givet i figur 4.1, man som enkeltindivid ville skulle følge, hvis man vil nedsætte sin risiko for at blive sygemeldt. På nuværende tidspunkt ville sådanne råd være

fuldstændigt utænkelige, og formentlig skabe stor virak og hovedrysten. Men i den sammenhæng er det jo værd at huske på, at grænser for, hvornår det er rimeligt for samfundet at gribe ind i 'privatlivets fred', konstant er under forandring og til forhandling. Det, der i dag er at betegne som utidig indblanding og en krænkelse af det enkelte menneskes frihed, vil måske om 5 år være at opfatte som en pligt, som det er helt uforståeligt, at tidligere tiders samfund blindt accepterede.¹¹

Figur 4.1 Fiktivt eksempel på 'Policy Implications' af dobbelt byrde-paper'et.

Hvad dette studie bidrager med:

- *Ægtefæller, der er førtidspensioneret eller har dårligere helbred end befolkningen i gennemsnit fører til en forhøjet risiko for langvarigt sygefravær af både 2 uger og 2 måneders varighed for medlemmer af kernearbejdsstyrken.*
- *Et stigende antal børn fører til en forhøjet risiko for langvarige sygemeldinger for den del af kernearbejdsstyrken som er enlige.*

Politiske implikationer:

- *Erhvervsaktive med ægtefæller, der bliver syge eller førtidspensioneret, bør overveje at lade sig skille.*
- *Enlige med børn bør snarest finde sig en partner eller flytte sammen i kollektiver. I forlængelse af ovenstående er det vigtigt, at de finder sunde og raske partnere eller bofæller, da de ellers udsætter sig selv for risiko for sygefravær på længere sigt.*
- *Der er brug for mere forskning til at afgøre om erhvervsaktive med børn, hvis partner bliver syg eller førtidspensioneret vil mindske risikoen for sygefravær mindst muligt ved at lade sig skille eller ved at blive i forholdet indtil man evt. har fundet en ny partner.*

Et godt eksempel i den sammenhæng er f.eks. spørgsmålet om rygning, og især 'passiv rygning' som argument for endog særdeles store indskrænkninger i den personlige frihed. En god beskrivelse af, hvordan sådanne politisk-moralske elementer spiller ind på denne grænsedragning, finder man i en artikel af Lawrence Gostin, hvor han skriver:

"When Surgeon General Luther Terry first published his seminal report on the causal connection between smoking and serious morbidity and mortality in 1964, he was able to support his conclusions with a number of strong epidemiological studies... This process represents a classic approach to health policy: observations of a major health problem, careful epidemiologic studies for causal factors, and policy development to increase the public's knowledge of the risk and to reduce behaviour associated with the risk. The contemporary history of scientific investigation and policy implementation relating to involuntary (or passive) smoking followed a different path... The impetus for scientific study of involuntary smoking was not the observation that nonsmokers exposed to environmental tobacco smoke (ETS) had higher levels of morbidity and mortality but, rather, the increasingly intense secular value that smokers were becoming a public nuisance... The data that did exist would have supported preventing the parent or spouse from smoking in the home because of the intensive long-term exposure to ETS. Yet, no such law was proposed, and would probably be held to be an unconstitutional invasion of privacy. The public health data, however, could not reasonably support the main policy proposal endorsed in the report: comprehensive restrictions on smokers at work and in public places." (Gostin, 1997, s. 345-6)

Eksemplet med forbud mod rygning begrundet i farligheden af passiv rygning illustrerer lige netop de politiske aspekter af sådanne folkesundhedsproblemstillinger. Den understøtter ligeledes påstanden om, at selve risikofaktorterminologien indirekte også opererer med sådanne politiserende forudsætninger.

Om man vil se en yderligere forskydning i grænsedragningen af, hvilke områder af folks (privat)liv, der kan betegnes som noget, der kan underkastes folkesundhedsbaserede kriterier for evaluering, og som man derfor med rimelighed kan intervenere mod uden at overskride 'privatlivets fred', er der næppe nogen tvivl om. For eksempel postulerer Dansk Erhverv på baggrund af en undersøgelse af Capacent Epinion, at "sygdom ikke længere en privatsag", fordi 80% af danskerne tilsyneladende er enige i dette synspunkt.¹² Og hvis det virkelig er holdningen blandt danske erhvervsaktive over 18 år, kan vi måske forudse, at netop de politiske implikationer vi har opstillet ovenfor om 25 år vil være helt i tråd med, hvor langt ind i det, man i hvert fald engang betegnede som privatlivet, samfundet har ret til at gå. Regeringens seneste handleplan mod sygefravær slår netop fast, at sygefravær ikke længere må være et tabu, men at det er en forudsætning, at man taler om det (og dermed også politiserer det), for på den måde at ændre de forestillinger vi har om sygefravær og sygdom, der måske ikke er hensigtsmæssige.

Eksempel 2: Om 'At gå syg på arbejde', hvad der fører til en sådan beslutning, og hvilke konsekvenser det kan have på længere sigt (i form af langvarig sygemelding)

Men det hele bliver faktisk endnu mere kompliceret, hvis man husker på, at sygefravær er en *handling*, som (næsten) altid indeholder potentialet for dets alternativ: at man tropper op på arbejde på trods af sine symptomer. En analyse af netop sygenærvær, og hvad der fører til, at folk vælger dette frem for at blive hjemme i sengen, var formålet med en artikel, som er publiceret i *Social Science & Medicine* (Hansen & Andersen, 2008).

Artiklen forsøger meget bredt at undersøge, hvilke forhold i arbejds- og familieliv, der øger sandsynligheden for, at et medlem af kernearbejdsstyrken vælger at gå på arbejde, når vedkommende føler, at hun med 'rimelighed kunne have meldt sig syg'. Og ligeledes undersøges, hvilken betydning forskelle i holdning til at tage sygefravær har for netop valget mellem sygefravær og sygenærvær.

I diskussionen af risikofaktortilgangens begrænsninger er disse resultater ikke direkte relevante. Men et særligt aspekt ved analyserne er distinktionen mellem indirekte, direkte og totale effekter af de analyserede faktorer; et aspekt, der knytter an til diskussionen ovenfor om den bedste måde at justere for effekten af tredje variable på. At man opererer med forskellige typer af effekter, signalerer allerede en afstandtagen fra 'web of causation'-idéen, og dets ensretning af sammenhængen mellem faktorer og udfald.

Distinktionen udspringer af det faktum, at visse forhold i såvel arbejds- som familieliv kan fungere som 'dobbelte risikofaktorer' (Aronsson & Gustafson, 2005). Dvs. faktorer, der påvirker helbredet i negativ retning, og samtidig påvirker valget mellem nærvær og fravær *direkte*. At der af den grund bliver tale om dobbelte risikofaktorer, hænger sammen med, at der - alt andet lige - vil være flere situationer, i hvilke den pågældende person vil være nødt til at vælge mellem fravær og nærvær, når helbredet svækkes. Hvis man i sådanne tilfælde justerer analyserne for helbred, vil det betyde, at man undervurderer den *totale* effekt af en given faktor for at gå syg på arbejde, men i stedet ser på den *direkte* effekt, faktoren har på beslutningen om at tage nærvær i stedet for fravær. (Det hænger sådan sammen, at når vi f.eks. justerer for effekten af helbred for at tage sygenærvær, så vil vi kun sammenligne individer med samme helbredsstatus, og det betyder, at den evt. indirekte effekt af helbred på sygenærvær, der er formidlet gennem køn, fordi kvinder generelt vurderer helbred dårligere end mænd, forsvinder, og det bliver muligt at se den direkte effekt af køn ved at sammenligne mænd og kvinders sandsynlighed for at gå syg på arbejde, når de har den samme vurdering af deres helbred). Et andet aspekt, der bliver synligt, når

man accepterer et skel mellem de tre typer af effekter, er situationer, hvor sammenhænge er 'skjulte'¹³, dvs. situationer, hvor den totale effekt af en faktor er mindre end den direkte effekt, og hvor det derfor er nødvendigt at kontrollere for de baggrundsvARIABLE, der er med til at 'skjule' sammenhængen, hvilket f.eks. kunne være helbredsstatus.

Konsekvenserne af disse forhold kan illustreres via et eksempel taget fra den afsluttende rapport fra ASUSI-undersøgelsen, hvor det hævdes, at lang ugentlig arbejdstid ikke 'øger risikoen for sygefravær' (Mikkelsen, 2008, s. 2). Denne påstand er formentlig rigtig, hvis man benytter sig af risikofaktortilgangens atomiserende præmisser. Men hvad nu hvis man benytter sig af distinktionerne mellem direkte, indirekte og totale effekter, og samtidig anerkender eksistensen af 'skjulte' sammenhænge?

Sammenhængen mellem ugentlig arbejdstid og sygenærvær er her ganske interessant, for det viser sig nemlig, at den totale effekt af at arbejde mere end 45 timer om ugen, er mindre end den direkte effekt. Når det samtidig viser sig, at ugentlig arbejdstid er associeret til korterevarende sygefravær, men ikke til andre mål for helbredsstatus (som f.eks. kronisk sygdom og bevægeapparatsmerter), så kan det kun fortolkes som et udtryk for, at dem, der har lange arbejdstider, oftere vælger at gå syge på arbejde end at tage fravær, hvilket er med til at gøre antallet af sygemeldinger for denne gruppe lavere end for dem, der arbejder mindre hver uge, selvom de har samme niveau af selv vurderet helbred (Hansen & Andersen, 2008, s. 961-2). I en sådan situation bliver det problematisk at sammenligne sygefraværet mellem grupperne med forskellig længde ugentlig arbejdstid. Det laveste niveau (som oftest vil være den referencegruppe, man vil vælge i sådanne analyser og fx er det i dem Beskæftigelsesministeriet og DA laver, jf. kapitel 3) er i virkeligheden et falsum, der udelukkende baserer sig på, at dem, der arbejder mere end 45 timer om ugen, i højere grad trodser deres symptomer, og går syge på arbejde end dem, der har en kortere ugentlig arbejdstid.

Umiddelbart kan dette eksempel virke harmløst og uden betydning for påstanden om, at lang ugentlig arbejdstid ikke forøger risikoen for sygefravær. Problemstillingen kompliceres dog af de indirekte og mere langsigtede konsekvenser af lang ugentlig arbejdstid. I en anden analyse, der tager udgangspunkt i data fra ASUSI-undersøgelsen, finder vi nemlig, at risikoen for langvarig sygemelding af såvel mindst 14 dages varighed som af 2 måneders varighed øges desto hyppigere, man går syg på arbejde (Hansen & Andersen, 2009). I analysen er der justeret for et væld af konkurrerende faktorer, ligesom der er taget højde for helbredsstatus ved baseline. Det betyder, at selvom vi ikke helt kan afvise, at der kan være tale om en kausalmekanisme, der skyldes forhold, som har med den måde sygefraværet praktiseres på, så er det alligevel plausibelt, at sygenærvær øver en selvstændig negativ effekt på personernes helbred, da der findes lignende resultater i litteraturen (Kiwimäki, Head, Ferrie, Hemingway, Shipley, Vahtera & Marmot, 2005; Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson & Josephson, 2009; Bergström, Bodin, Hagberg, Lindh, Aronsson & Josephson, 2009).

Det betyder også, at selvom ugentlig arbejdstid ikke er associeret *direkte* til sygemeldinger af mindst 14 dages varighed, når man justerer for det komplette sæt af confoundere, så er det alligevel vanskeligt at konkludere entydigt, at lang ugentlig arbejdstid ikke øger risikoen for sygefravær. For holder vi os for øje, at de, der arbejder mere end 45 timer om ugen, er mere tilbøjelige til at vælge at gå syge på arbejde, og samtidig har dobbelt så stor sandsynlighed for at opleve rollekonflikt, så kan man ikke så kategorisk afvise, at lang ugentlig arbejdstid alligevel er med til at øge sandsynligheden for langvarig sygemelding *indirekte* via dets påvirkning på rollekonflikter og sygenærvær. Men det er igen noget, der har en tendens

til at blive overset, når risikofaktortilgangen får lov at sætte sine atomiserende konsekvenser ind i en årsagskæde, der er meget kompleks.

Selvom risikofaktortilgangen ikke *nødvendigtvis* indebærer de problemer, vi har set skitseret ovenfor, er det alligevel en meget udbredt konsekvens, som er med til at gøre denne måde at studere sygefravær på problematisk. Det hænger især sammen med, at sygefravær er en måde at handle på og ikke en sygdom, man passivt pådrager sig, fordi man er udsat for denne eller hin eksponering. Når det fænomen man undersøger er en sygdom, hvis årsager kan være ganske komplekse, giver 'web of causation'-tankegangen mere mening. Her slipper man nemmere uden om den 'akademisering' af forskningen, der ligger i at skulle tage stilling til direkte, indirekte og totale effekter af forskellige faktorer for udviklingen af sygdom. I de epidemiologiske lærebøger udlægger man ofte denne søgen efter et hierarki af årsager, som problematisk og uhensigtsmæssig, fordi den nemt kan blive langvarig og ufrugtbar. I stedet bør man koncentrere sig om at identificere de 'bidragende' årsager, der er nemmest tilgængelige for praktisk intervention, og som derfor nemmest kan modificeres gennem en veludvalgt intervention (jf. Krieger, 1994). Når dette er målet, og der i bund og grund ikke er nogen interesse i at forstå og forklare fænomenet sygefravær nærmere, bliver risikofaktortilgangen ikke blot plausibel, men også fordelagtig. Her forsøger man netop at finde frem til de enkeltfaktorer, der selvstændigt har den største betydning for det udfald man studerer. Og når man i slutrapporten for ASUSI-undersøgelsen konkluderer, at ugentlig arbejdstid således ikke er en risikofaktor for sygefravær, ja så er det formentlig rigtigt ud fra den betragtning, at det i hvert fald er en årsag, der er forbundet til udfaldet på en ganske fjern måde, hvilket vil gøre det meget vanskeligt at gøre noget praktisk ved. Fra et forebyggelsesmæssigt synspunkt bliver arbejdstid således ikke nogen særlig interessant parameter at pille ved, fordi de formodede indirekte effekter af arbejdstid på sygefravær via rollekonflikt og sygenærvær, er af mindre betydning. De ville i hvert fald kræve så store og usikre interventioner, at det måske bliver urealistisk eller i hvert fald upraktisk at foreslå dem.

Når sygefravær studeres på samme måde som sygdomme f.eks. ved at koncentrere sig om de umiddelbart stærkeste og mest proximale sammenhænge, betyder det imidlertid, at fornemmelsen for helheden forsvinder. Det er ikke uvæsentligt, fordi der kan være forskel på de umiddelbare positive proximale virkninger af en faktor, og de afledte konsekvenser af dem, der er mere distale. Når f.eks. lang arbejdstid hver uge fører til en lavere sandsynlighed for at have taget sygefravær, dækker denne umiddelbare sammenhæng netop over, at den selvsamme gruppe oftere vælger at trodse symptomerne, når de føler sig syge. De distale – og på den måde ofte uforudsete - konsekvenser af disse valg er måske dårligere helbred på længere sigt, men det er der kun sjældent plads til at studere indenfor rammerne af risikofaktortilgangen. Om lange arbejdstimer derfor er en risikofaktor for sygefravær afhænger derfor i høj grad af perspektivet, og hvor vidtfavnende det er.

Eksempel 3: Om 'Sygefravær og holdninger', og om den indbyggede politiske dimension til studiet af sygefravær som risiko

Et sidste paper, der skal omtales i dette kapitel, har været under review to gange i tidsskriftet *Occupational & Environmental Medicine*, men blev derefter afvist (Hansen, Andersen & Mikkelsen, 2007).¹⁴ Formålet med denne analyse var at undersøge, i hvor høj grad holdninger til sygefravær har betydning for hyppigheden af sygdomsmeldinger af forskellig længde. Umiddelbart kan det lyde som en banal analyse, da man – i hvert fald som sociolog – ville være overrasket, hvis holdninger til sygefravær ikke på en

eller anden vis påvirkede beslutningen om at tage fravær. Der findes dog ikke særligt mange studier, der har undersøgt dette empirisk, ligesom ganske mange studier har vist en diskrepans mellem, hvordan mennesker handler i bestemte situationer, og de holdninger de har til, hvordan de ville handle (se f.eks. Ajzen, Brown & Carvahal, 2004). Man kunne altså også forestille sig, at de erhvervsaktives holdninger til rimeligheden af at tage sygefravær i bestemte situationer, var mere restriktive i teorien, end når de i praksis skulle tage en beslutning om nærvær eller fravær.

I den reviderede version af paper'et undersøges denne problemstilling ved at se på om betydningen af de syv spørgsmål, der blev præsenteret i tabel 3.13, for sandsynligheden for at blive sygemeldt. Til sammen udgør spørgsmålene en skala, der måler, hvor restriktivt et syn man har på rimeligheden af at melde sig syg i forskellige situationer.¹⁵ Hypotesen var, at jo længere sygefraværet er, desto mindre betydning vil holdningerne have, da der ved meget lange sygemeldinger ofte bliver tale om, at sygefravær er en proxy for decideret somatisk sygdom, som i grænsetilfælde kan være så alvorlige, at der ikke længere er tale om en beslutning. Det vil f.eks. være tilfældet, hvis personen kommer ud for en alvorlig trafikulykke, der resulterer i komatilstand. I dette tilfælde er den sygemeldte uden valg i forhold til sygefravær. Idéen trækker på en klassisk skelnen i fraværslitteraturen mellem frivillige og ufrivillige episoder af fravær (se f.eks. Steers & Rhodes, 1978), og her er hypotesen netop, at det frivillige fravær er særligt interessant, da det er muligt at påvirke på virksomhedsniveau, f.eks. ved at skabe mere jobtilfredshed, men f.eks. også ved at sikre, at medarbejderne har så restriktive holdninger til, hvornår det er rimeligt at tage fravær som overhovedet muligt.

I paper'et finder vi, at skalaen er stærkest associeret til sygefravær af få dages varighed, mens det helt mister betydning, når sygemeldingerne bliver længere end 5 uger. Analyserne har den svaghed, at målet for sygefravær er begrænset til at bestå af sygemeldinger af mindst 14 dages varighed for hele stikprøven, mens der er komplette fraværdata for et mindre subsample på 1.471 personer. Det langt fra optimale datagrundlag sætter spørgsmålstejn ved analysens gyldighed. Men tendenserne i analysen understøtter i hvert fald hypotesen om holdningernes betydning i forskellige situationer.

I den oprindelige version af paper'et var der inkluderet en analyse af sammenhængen mellem holdninger til sygefravær og forskellige typer af sygefravær, som et forsøg på at teste hypotesen om holdningernes større betydning for 'frivilligt' fravær. I tabel 4.7 nedenfor er disse analyser taget op igen og suppleret med en samlet analyse af holdningsskalaens sammenhæng med samtlige typer af sygefravær (jf. tabel 3.8), såvel som forskellige mål for prospektivt sygefravær både i det fulde sample og i subsamplet.

Som det fremgår af β -koefficienterne er alle mål for prospektivt sygefravær associeret til holdningsskalaen dog med forskellig styrke. Udover disse koefficienter (og en angivelse af om de er signifikant forskellige fra 0) vises de forventede minimum og maksimum værdier (defineret som hhv. gennemsnitsværdier ved 5% og 95% percentil) samt forskellen mellem de to percentiler for hvert mål for sygefravær. I forhold til det prospektive sygefravær har holdningerne størst betydning for antallet af sygemeldinger, hvis man vurderer betydningen ud fra den relative forskel mellem 5. og 95. percentil.¹⁶ Antallet af sygemeldinger er ca. 1.5 gang så stort for deltagerne med de mest liberale holdninger, når man sammenligner dem med de 5%, der har de mest konservative holdninger. For de tre øvrige mål ligger forholdet mellem de to grupper på mellem 0.1 til 0.5 gange større for gruppen med de mest liberale holdninger. Vi kan altså se, at gruppen med de mest liberale holdninger til sygefravær i gennemsnit har 2,5 flere sygemeldinger i løbet af en opfølgningsperiode på ca. 2 år, at deres sygemeldinger i gennemsnit er en anelse længere (ca. 1,5 dag), at incidensen af langvarige sygemeldinger

af mindst 14 dages varighed er en anelse hyppigere (ca. 30%), og at sandsynligheden for at have mindst 1 sygemelding i opfølgningsperioden er ca. 85% til forskel fra dem med mest konservative holdninger, hvor sandsynligheden er 55%. Der er altså ingen tvivl om, at sygefraværs mønstret er påvirket af holdningerne til, hvornår det er rimeligt at melde sig syg. Men det ser primært ud til at være *hyppigheden* af sygefravær, der er påvirket og i mindre grad længden af fraværet. Det giver i sig selv også mening, da længden af fraværet ofte vil være bestemt af alvorligheden af den sygdom eller de symptomer, som en given person er udsat for. Men holdningerne kan dog have den konsekvens, at de mest liberale er mere tøvende med at vende tilbage til arbejdet, hvilket vil forøge længden af deres fravær i forhold til dem med mere konservative holdninger. Det er imidlertid ikke det skalaen måler: her er det alene rimeligheden af at tage fravær i forskellige situationer, der bliver spurgt ind til, mens spørgsmålet om, hvornår man bør vende tilbage efter en sygemelding ikke bliver berørt.¹⁷ Selvom man næppe i sin praktiske bevidsthed vil skelne mellem de aspekter af holdningerne, der omhandler beslutningen om at tage fravær, og de aspekter, der omhandler beslutningen om at vende tilbage til arbejde, kan man ikke udelukke, at der er tale om i hvert fald adskilte dimensioner af holdningsmønstrene til fravær. Det ville i sidste ende resultere i en stærkere sammenhæng med fraværslængden end den som findes i de nedenstående analyser. Spørgsmålet har selvfølgelig betydning, hvis man virkelig vil sætte sig for at undersøge og forstå betydningen af holdninger for sygefravær, men i denne kontekst er det mindre væsentligt, hvilket jeg vil forsøge at argumentere mere grundigt for nedenfor.

Sammenhængene mellem holdningsskalaen og sygefravær med forskellige begrundelser kan sammenlignes direkte med hinanden ved at se på beta-koefficienternes størrelse. På den måde kan man se, hvilke typer fravær holdninger spiller den største rolle for. Ikke overraskende betyder holdninger ikke noget for sygefravær som følge af arbejds- eller fritidsulykker ligesom sygefravær pga. 'længerevarende sygdom' og 'andet' (der i al væsentlighed også dækker forskellige typer af sygdom) heller ikke er associeret til holdninger til sygefravær. Det betyder til gengæld ikke, at holdninger til sygefravær er uden betydning for sygefravær, der skyldes somatiske sygdomme: således kan vi i tabel 4.7 se, at sandsynligheden for at have taget fravær som følge af f.eks. bevægeapparatsmerter stiger fra 22% for dem med de mest konservative holdninger til 32% for dem med de mest liberale holdninger. Ligeledes stiger sandsynligheden for at have været sygemeldt pga. influenza eller andre forbigående sygdomme fra 65% til 85%. Det skal naturligvis ikke forstås sådan, at holdninger til sygefravær har nogen kausalbetydning for, om folk får hhv. ondt i ryggen eller bliver ramt af influenza. Umiddelbart er der to forskellige fortolkningsmuligheder: 1) Der er enten tale om, at de, der har de mest liberale holdninger til at tage sygefravær, vil være mere tilbøjelige til rent faktisk at tage fravær, når de oplever symptomer. I gruppen med de mest konservative holdninger vil det måske være en mere udbredt praksis at tage på arbejde på trods af symptomerne. 2) Eller også vil de, der oftest er sygemeldt udvikle mere liberale holdninger til sygefravær generelt. På den måde vil deres holdninger være mere i trit med den måde, de alligevel er nødt til at handle på som følge af deres helbredsforhold, eller et evt. mismatch mellem arbejdsevne og krav på arbejdet.

Tabel 4.7 Sammenhæng mellem fraværsnormer og forskellige mål for sygefravær. Justeret for alder, køn og social klasse. Cox, Poisson, OLS og Logistisk-regression.

	β	Fraværnormskala		Range
		5% percentil	95% percentil	
Prospektivt sygefravær – uden begrundelser				
Sygemeldinger > 14 dage (DREAM) ^a – (Incidens)	0,018***	9,2	11,8	2,57
Antal sygemeldinger ^b – (Forventede antal sygemeldinger)	0,039***	1,74	4,33	2,59
Antal sygedage ^b – (Forventet antal sygedage)	0,143***	12,75	14,35	1,56
Sygemelding (Ja/Nej) ^b (Forventede sandsynlighed)	0,069***	55,76	85,66	29,90
	β	Forventede sandsynligheder (%)		Forskel i sandsynli gheder (95% per – 5% per)
		5% percentil	95% percentil	
Sygefravær med forskellige begrundelser ^c				
Arbejdsulykker	0,009	7,4	6,9	---
Fritidsulykker	-0,004	8,6	8,2	---
Bevægeapparatsmerter	0,033***	21,85	32,02	10,17
Forkølelse, influenza og andre forbigående sygdomme	0,045***	65,52	85,23	19,73
Længerevarende sygdom	-0,01	11,30	9,14	---
Personlige problemer eller problemer i familien	0,087***	3,22	18,31	15,10
Sygt barn	0,077***	3,97	18,20	14,22
Hårdt brug for en fridag	0,125***	4,94	41,70	36,76
Problemer med kollegaer	0,097***	0,99	7,05	6,06
Problemer med chef	0,098***	1,41	9,53	8,13
Vold eller trusler	0,085***	0,50	2,70	2,18
Mobning	0,120***	0,30	3,32	2,99
Sexchikane	0,071***	0,15	0,50	0,35
Var nødt til at løbe et ærinde	0,041***	13,69	26,24	12,56
Andet	-0,010	10,21	9,38	---
^a Baseret på fulde sample med prospektivt sygefravær (> 14 dages varighed) fra DREAM (N = 12.600)				
^b Baseret på subsamplet af statsansatte, ansatte i København og Århus kommuner samt ansatte i virksomheder, som er medlem af Finanssektorens Arbejdsgiverforening (N = 1.289)				
^c Baseret på den del af det fulde sample, der har haft mindst én sygemelding retrospektivt i 12 måneder for spørgeskemabesvarelse. (N = 7.719)				
Alle resultater er justeret for alder, køn og social klasse. *p<.05, **p<.01, ***p<.001				

Et andet interessant aspekt i tabel 4.7 er holdningernes meget kraftige betydning for det, man kunne opfatte som operationaliseringer af brugen af sygefravær som en måde at cope på. Det mest direkte mål for dette er dem, der har angivet at have taget sygefravær, fordi de havde 'hårdt brug for en fridag'. Her er det lige netop idéen om at bruge fraværet som et pusterum i hverdagens rutiner med henblik på at kunne restituere sig, der er rationalet. Men også de, der helt eksplicit nævner arbejdsmiljørelaterede begrundelser for at have taget fravær, må medregnes som eksempler på brugen af sygefravær som en måde at cope på. Når deltagerne angiver at have taget sygefravær pga. 'problemer med chefen' eller med sine kollegaer eller pga. 'mobning', vil man kunne fortolke dette som et udtryk for at have oplevet situationer, hvor det at tage fravær kan være en måde at cope med netop disse ubehageligheder på. Det samme gør sig gældende for de begrundelser, der har sit udspring i familien, selvom de belastninger, der copes med, selvfølgelig har en anden karakter end dem, der har sit udspring på arbejdspladsen. Man kan

sige, at hvor 'belastningen' i teorien helt kan fjernes, hvis man vælger fraværet i stedet for nærværet, når den har sin oprindelse på arbejdspladsen, så vil det ikke være muligt, hvis 'belastningen' oprinder i hjemmet. Her vil copingen så at sige ske ved, at man reducerer den 'dobbelte byrde', der er forbundet med at være udsat for 'belastninger' både på arbejdet og i hjemmet. (Her tænkes belastningsbegrebet meget bredt blot som det, at man f.eks. bruger tid og energi på arbejdsrollen, selvom man ikke opfatter det som belastende på nogen negativ måde).

Som det fremgår af tabel 4.7 er der en meget kraftig sammenhæng mellem holdninger til sygefravær og de forskellige mål, der indikerer, at man har taget sygefravær som en måde at cope på. Den relative sandsynlighed for at have taget sygefravær, fordi man havde 'hårdt brug for en fridag', er mere end 7 gange så stor for den gruppe, der har de mest liberale holdninger til at tage sygefravær, når man sammenligner dem med den gruppe, der har de mest konservative holdninger. For sidstnævnte er det mindre end 5%, som har taget fravær med den begrundelse, mens det er næsten halvdelen af den førstnævnte gruppe. Den relative sandsynlighed er endnu højere, når man sammenligner de to grupper for deres svar på, om de har taget sygefravær pga. mobning. Men der er i det hele taget nogle kraftige forskelle for samtlige mål for sygefravær som coping.

Igen begrænser datakvaliteten, hvor præcist vi kan fortolke disse forskelle, og der er mindst 2 muligheder: 1) Umiddelbart vil man kunne forestille sig, at de, der har været udsat for mobning eller oplever problemer og konflikter med chef eller kollegaer, vil udvikle mere liberale holdninger til det at tage sygefravær, for på den måde ikke at opleve en diskrepans mellem det, de er nødt til at gøre (at tage fravær for at cope med 'belastninger'), og det, de mener, er ret og rimeligt. 2) Men man kan selvfølgelig ikke udelukke, at de, der oftest er i kontrovers med kollegaer og chefer, netop er dem med de mest liberale holdninger til det at tage fravær. Måske forbryder de sig mod de normer og værdier, deres kollegaer har eller de forventninger chefen har til dem pga. deres liberale holdninger til sygefravær, hvilket i sidste ende måske kan føre til, at de oplever sig mobbet.¹⁸

I denne sammenhæng er det ikke hensigten at forfølge disse forskellige fortolkningsmuligheder, men blot pege på dem, og i den forbindelse igen rejse spørgsmålet om risikofaktorterminologien er hensigtsmæssig, når det netop er *holdningers* betydning for sygefravær, der analyseres og italesættes? Hvis man skulle følge risikofaktorterminologien slavisk ville liberale holdninger til, hvornår det er rimeligt at tage sygefravær, skulle italesættes som en risikofaktor for sygefravær. I paper'et finder vi, at 'risikoen' for sådanne sygemeldinger er forøget med 28% for gruppen med de mest liberale holdninger, selv når der tages højde for en lang række potentielle confoundere. Men hvis vi italesætter analysen på denne måde, må det rejse spørgsmålet om, i hvilken forstand holdningerne er en *risiko*? Er det en risiko for virksomheden og samfundet? For i så fald kunne løsningen være at gennemføre screeninger blandt jobansøgere, der sorterede de ansøgere, som havde de mest liberale holdninger til fravær, fra. På den måde ville virksomheden reducere sin risiko for sygefravær mest mulig. Løsningen kunne også være at gennemføre holdnings-bearbejdnings-kampagner, der havde til hensigt at få folk med de 'forkerte' holdninger til at ændre dem, så samfundet ikke skulle lide under deres uansvarlige indstilling til job og fremmøde. Eller er liberale holdninger til sygefravær i virkeligheden en risiko for den enkelte *ansatte*, der har sådanne holdninger? Det ville være tilfældet, hvis vedkommende blev udsat for chikaner og mobning fra kollegaer og ledelse, der så anderledes på, hvornår man burde møde op på arbejde, og hvornår man burde blive hjemme. Alt dette afhænger helt og aldeles af, hvem der iagttager sygefraværet og holdningerne. Det er derfor et *politisk* spørgsmål med stærke *normative* implikationer, som det ikke er muligt at give et entydigt, endsige et videnskabeligt svar på. Netop derfor er det også vigtigt at

afideologisere forskningen på dette område, og hvis det er formålet, er risikofaktorterminologien en hindring, fordi den normativt og uden diskussion italesætter sygefravær som en *skade*. Dermed afpolitiseres spørgsmålet om sygefravær, og det bliver gjort til et teknisk spørgsmål med neutrale løsninger, selvom det netop er et dybt politisk spørgsmål at afgøre, hvornår det er rimeligt at tage sygefravær, i hvilket situationer og på hvilken baggrund.

Læren fra dette kapitel må være, at selvom risikofaktortilgangen eller -terminologien ikke *nødvendigtvis* indebærer de kritikpunkter, der er fremlagt ovenfor, ja så udgør de en klar 'risiko' for både at atomisere analyserne af sygefravær som en handling samtidig med, at analyserne indirekte bliver normative til skade for den vision om værdineutralitet, man så yppigt hylder i de positivistiske videnskaber.

Fra et sociologisk synspunkt vil det derfor være mest frugtbart at overlade risikofaktortilgangen og -terminologien til studier og analyser af klart definerede somatiske sygdomme, selvom der dog nemt kan være problemer forbundet med dette også. I stedet må vi forsøge at udvikle en selvstændig sociologisk ramme at analysere sygefravær indenfor; en ramme, der ikke gennem sine analyser miskender fænomenets væsen og kompleksitet. På samme måde må vi forsøge at operere med *eksplicitte* normative kriterier for analyserne¹⁹, i stedet for dem, der bliver smuglet ind og postuleret som neutrale via risikofaktorterminologien. Hvordan skelettet til et sådant perspektiv kunne tage sig ud vil jeg forsøge at præsentere i de næste to kapitler.

¹ Det drejer sig om følgende 10 artikler: "Sickness Absence as a Measure of Health-Status and Functioning - from the UK Whitehall-II Study" (Marmot et al, 1995), "Explaining Socioeconomic Differences in Sickness Absence - the Whitehall-II Study" (North et al, 1993), "Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study" (Stansfeld et al, 1999), "Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: The Whitehall II Study" (North et al, 1996), "Impact of Headache on Sickness Absence and Utilization of Medical-Services - a Danish Population Study" (Rasmussen, Jensen & Olsen, 1992), "Sickness Absence and Work Strain among Danish Slaughterhouse Workers - an Analysis of Absence from Work regarded as Coping Behavior" (Kristensen, 1991), "Effect of organisational downsizing on health of employees" (Vahtera, Kiwimäki & Pentti, 1997), "Psychosocial Factors predicting Employee Sickness Absence during Economic Decline" (Kivimäki et al., 1997), "Manual Handling Activities and Risk of Low-Back-Pain in Nurses" (Smedley et al., 1995) og "Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study" (Kivimäki et al., 2000).

² En lignende debat pågik i den klassiske sociologi, hvor Durkheim på den ene side var en stærk forsvarer af mono-kausale forklaringer, sådan som det f.eks. er tilfældet i studiet Selvmordet. Her baseres hele analysen på, at det er muligt at slutte baglæns fra virkningen selvmord til en specifik årsag, ud fra den forestilling, at der til hver eneste virkning findes én og kun én tilstrækkelig årsag (se Durkheim, 1951, s. 97-104). Weber udgør her den modsatte tankegang, idet han eksplicit i sit studie af religionens mulige betydning for kapitalismens frembrud argumenterede for, at man var nødt til at supplere Marx's analyser af kapitalismens fremkomst med nogen, der forsøgte at illustrere, hvordan idéer også kunne påvirke samfundets generelle udvikling (Weber, 1930, s. 90-2). Derudover abonnerede Weber eksplicit på en probabilistisk forståelse af kausalitet ikke ulig den, der findes i epidemiologien den dag i dag – og som i øvrigt også er meget udbredt indenfor den kvantitative sociologi (for en udlægning af Webers metodologiske pointer ifht kausalitet se Giddens, 1971, s. 145-51).

³ Se kapitel 3, afsnit C.

⁴ Artiklen blev indsendt til Social Science & Medicine i foråret 2007, hvor den blev afvist af flere forskellige årsager. Ét af kritikpunkterne er det, der bliver behandlet i eksemplet nemlig spørgsmålet om, hvor mange eller hvor få tredje variable, der skal kontrolleres for, og hvordan det i så fald skal gøres. Derudover blev det fremhævet, at litteraturgennemgangen var for kursorisk, ligesom den alternative måde at operationalisere rollekonflikter på som problemer med at synkronisere tid-sted-bundne forpligtelser af visse reviewere blev opfattet som svært forståeligt, mens en anden reviewer betegnede idéen som 'a

novel and interesting conceptualisation.’ Slutteligt mente flere af reviewerne også, at problemstillingen vedr. at forklare kønsforskelle i sygefravær vha. forskelle i oplevelsen af rollekonflikt burde behandles i en særskilt artikel.

⁵ Spørgsmålet om kønsforskelle er helt fjernet fra behandlingen af emnet i dette kapitel blandt andet på baggrund af de kritiske reviewer kommentarer, der kom til det første udkast af paperet.

⁶ I artiklen er der anvendt fire spørgsmål, men i retrospekt synes det sidste spørgsmål: ’Hvor ofte har du – indenfor de sidste 12 måneder – haft det på følgende måde: At det har været mere anstrengende at være hjemme end på arbejde’ ikke at være en direkte operationalisering af aspekter, der omhandler rollekonflikt. Der er snarere tale om en vurdering af om rollen som familiemenneske er mere anstrengende end rollen som medlem af arbejdsstyrken. I de supplerende analyser, der er udarbejdet til afhandlingen, opereres der af den grund kun med et mål for arbejde-hjem-konflikt, som består af 3 items.

⁷ De to første items er taget fra ISSP-2002 (se Svalfors, 2001), der netop handlede om familieliv og køn. Ifølge den rapport, der blev udarbejdet i forbindelse med spørgeskemakonstruktionen, er de to items inspireret af en skala fra Sloan Work and Family Network, der igen har ladet sig inspirere fra tidligere undersøgelser (se MacDermid, 2000). Det sidste item er taget fra en spørgeskemaundersøgelse af SFI. I alle tre tilfælde er svarkategorierne modificeret, hvorfor det ikke er muligt at sammenligne med de øvrige undersøgelser direkte.

⁸ En måde at angive skalaens interne konsistens er ved hjælp af Cronbachs Alpha, der angiver den gennemsnitlige korrelation mellem alle kombinationer af variable. I dette tilfælde er værdien 0,742, hvilket er ganske højt taget i betragtning, at der kun anvendes 3 spørgsmål (for en forklaring af koefficienten se Pett, Lackey & Sullivan, 2003, s. 185-8).

⁹ Hazard-raterne er estimeret ved hjælp af Cox Proportional Hazards Regression, der også ofte omtales som overlevelsesanalyser. Denne type regression anvendes, når data er højre censureret, hvilket i dette tilfælde skyldes, at vi har observeret sygdommeldingerne i en periode på op til 1½ år efter spørgeskemaet blev indsamlet. Men da vi ikke ved om deltagerne bliver sygdommelde i perioden efter de 1½ år og vi ikke har den samme længde opfølgning på samtlige deltagere, er det nødvendigt at korrigere for disse aspekter, hvilket gøres ved at beregne den samlede ’risikotid’ som samtlige deltagere har mulighed for at blive sygdommelde i. På baggrund af denne risikotid udregnes en samlet incidens for hele stikprøven ligesom hazardraterne for forskellige grupper kan beregnes. Den centrale forudsætning, for at regressionsmodellen giver et korrekt estimat af risici er, at hazard raterne i de forskellige grupper er proportionale med hinanden, dvs. at forholdet mellem hazard-raterne for grupperne ikke ændrer sig over tid (for en dansk introduktion til denne type regressionsmodel se Andersen & Væth, 1984, s. 77-105). Ved at plotte logaritmen til overlevelsesfunktionerne mod tiden er det muligt at se om dødsintensiteterne er proportionale.

¹⁰ Analyserne er lavet med inspiration i John Scott Long’s glimrende introduktion til forskellige regressionsmodeller for kategoriske og det han kalder ’begrænsede’ afhængige variable. I kapitel 3 viser han, hvordan man kan præsentere resultaterne på andre måder end den for epidemiologien vanlige måde med odds ratio, nemlig ved hjælp af de forventede sandsynligheder for de vigtigste uafhængige variable enten præsenteret i tabeller eller gennem plot. Når resultaterne præsenteres sådan er det de forventede sandsynligheder, når de øvrige uafhængige variable holdes konstant på gennemsnittet (Scott Long, 1997, s. 61-83). I forhold til analysen af begrundelserne for sygefravær ville det formentlig have været mere korrekt at lave analyserne med Heckmann selection, da der i virkeligheden er tale om et selekteret materiale – nemlig de deltagere i ASUSI-undersøgelsen, som angiver at have taget sygefravær i året før spørgeskemabesvarelsen. I så fald skulle man have modelleret sammenhængen i to ’steps’ – først en selektionsmodel, hvor sandsynligheden for at have taget sygefravær modelleres, og derefter en model, hvor selve begrundelserne modelleres, når der tages højde for selektionen (se Dubin & Rivers, 1989 for en diskussion af nødvendigheden af en sådan justering).

¹¹ For en beskrivelse af det skred, der er sket ifht, hvornår privatlivets fred kan tilsidesættes ud fra hensyn til folkesundheden se Avnstrøm & Poulsen, 2006, hvor det netop er spørgsmålet om passiv rygning, der tages udgangspunkt i.

¹² Jeg skrev til Dansk Erhverv og bad om oplysninger om undersøgelsen og fik følgende meget fyldestgørende beskrivelse: "Undersøgelsen udgøres af 1.025 webinterviews med et repræsentativt udsnit af danskere på 18 år eller derover.

Undersøgelsen er gennemført i perioden fra d. 2. april 2008 til d. 10. april 2008. Data er vejet på køn, alder, geografi og uddannelse. Denne rapport må kun offentliggøres med følgende kildeangivelse: Capacent Epinion for Dansk Erhverv". Da data er vejet på såvel køn, alder, geografi og uddannelse må man gå ud fra, at det er ensbetydende med, at undersøgelsen som udgangspunkt *ikke* er repræsentativ for befolkningen, og at man fra Capacent Epinion's side derfor har valgt at antage, at de personer der har svaret ikke adskiller sig fra dem, der ikke har haft lyst til at svare. Man har derfor ekstrapoleret data til disse grupper også gennem vægtningsproceduren. Det kan selvfølgelig være en nødvendighed at gøre det, men det rejser naturligvis spørgsmålet om resultaterne nu er så skråriskre, som Dansk Erhverv gør dem til.

¹³ Den her anvendte terminologi er dels inspireret af den, der findes i litteraturen om sti-analyser/strukturelle ligningsmodeller (Schumacker & Lomax, 2004), dels af de termer, Svend Kreiner bruger i hans ganske udmærkede introduktion til statistik (se Kreiner, 1999, s. 377-92).

¹⁴ Selvom reviewerne fandt paper'ets resultater interessante var flere af dem dog skeptiske over, hvor langt konklusionerne blev trukket, særligt fordi operationaliseringen af holdninger til fravær, og vores oprindelige fortolkning af det som sygefraværsnormer var problematisk (Review af Attitudes toward sickness absence – what effect do they have on future sickness absence?, Personlig korrespondance). De mente ligeledes, at fundene i alt for lille grad blev diskuteret op mod den eksisterende litteratur, hvilket f.eks. kunne gøres ved at adoptere det teoretiske framework, som psykologen Ajzen opererer med (se fx Ajzen, 1991). Mange af disse pointer var rigtig gode indvendinger, men lige netop spørgsmålet om at ændre det teoretiske udgangspunkt, lå fjernt. At adoptere et teoretisk framework man ikke 'tror' på virker for mig uvederhæftigt, og så er det bedre ikke at udgive artiklen.

¹⁵ Cronbachs Alpha er i dette tilfælde 0,69.

¹⁶ Da betakoefficienternes størrelse afhænger af den afhængige variabels skalering kan disse ikke sammenlignes direkte. I stedet bruges den relative risiko, som er beregnet ganske groft ved at dividere forskellen mellem de to percentiler med 5% percentilen.

¹⁷ Og netop måden at operationalisere holdninger til sygefravær på var noget af det, som reviewerne var kritiske overfor. Operationaliseringen var inspireret af en række spørgsmål som Arbejdsmiljøinstituttet har brugt i tidligere undersøgelser (se f.eks. Kristensen, Smith-Hansen & Nielsen, 2006). Vi besluttede dog at ændre svarkategorien såvel som introduktionsteksten, så den ikke handlede om, hvad folk selv ville gøre, men om hvad folk fandt rimelige at gøre mht at tage sygefravær i forskellige situationer. Der var altså i alle tilfælde tale om situationer, hvor deltagerne tog *sygefravær* også selvom det reelt intet havde med sygdom at gøre (f.eks. situationen med at tage fri, fordi der ikke er så meget at lave, og børnene har fri). En af reviewerne mente, at vi derfor talte om holdninger til fravær som sådan – men det ville i så fald være en meget amputeret skala, da der ikke på noget tidspunkt bliver spurgt om rimelighed til bare at tage fravær eller om andre typer af fravær f.eks. ferie, omsorgsdage o.lign. At vi derudover valgte at stille spørgsmålet abstrakt som en tilkendegivelse af om man fandt det rimeligt eller ej, handlede om, at det ville indskrænke de mulige situationer kraftigt, hvis vi kun skulle stille spørgsmål, der umiddelbart kunne svares fornuftigt af alle. F.eks. ville de to spørgsmål vedr. børn ikke kunne svares relevant med udgangspunkt i, hvordan man selv ville handle med mindre deltageren selv havde børn. Derimod kan man altid vurdere, om man selv finder det rimeligt, at andre handler på en bestemt måde i en bestemt situation.

¹⁸ At det er en tanke, der ikke er helt uden en vis merit, kan vi se på diskussionen om kollegaers syn på det at tage sygefravær og gå syg på arbejde i kapitel 6, afsnit XIII.

¹⁹ Den eksplicitte normative fordring for denne afhandling er udgangspunktet i 'helt almindelige menneskers' 'helt almindelige hverdagsliv'. Det er en meget kraftig indsnævring af sygefraværsfænomenet, særligt når det betragtes i forhold til den eksisterende litteratur, som i meget højere grad fokuserer på sygefraværsfænomenet som et problem for samfund og

virksomheder. Da disse perspektiver stort set er fraværende i denne afhandling, er det en klar normativ fordring, som selvfølgelig har konsekvenser, for de resultater der præsenteres.

Kapitel 5

En relationel undersøgelse af sygefraværspraktikker

Introduktion

Selvom, diskussionerne og kritikpunkterne rejst i forrige kapitel af nogen vil blive opfattet som at sætte tingene på spidsen, er det indvendinger, som er relevante for en undersøgelse af sygefraværsfænomenet, der tager udgangspunkt i et *hverdagslivsperspektiv*¹; et perspektiv, der eksplicit frasiger sig muligheden for at anvende såvel risikofaktortilgangen som –terminologien. Men man skal naturligvis passe på, at man ikke 'kaster barnet ud med badevandet', og i sin iver efter at påpege det problematiske ved 'risikofaktortilgangen' (som har sin sociologiske ækvivalent i 'variabelsociologien' og den traditionelle regressionsmetode), helt undlader at tage dette statistiske værktøj i anvendelse. Dette ville være uhensigtsmæssigt ikke mindst, hvis man ser det som sociologiens opgave at forsøge at forene og integrere ulige perspektiver på sygefraværsfænomenet. Men man må på den anden side heller ikke være blind for, at regressionsanalysen pålægger én, en række unødvendige begrænsninger, som kan gøre det vanskeligt at fortolke sygefraværsfænomenets reelle status. Og som måske i visse tilfælde rent faktisk viser sig at tjene bestemte interesser i samfundet (f.eks. ved at afpolitisere bestemte områder), selvom den udlægger sig selv og sit perspektiv som værende (politisk) neutralt.

Ét af de centrale problemer i brugen af den traditionelle regressionmetode er de sammenligninger, der stilles op f.eks. mellem ufaglærte og resten af de erhvervsaktive, med det formål at pege på, hvilke enkeltfaktorer, der er ansvarlige for de ufaglærtes højere niveau af sygefravær. Den centrale påstand for dette kapitel vil være, at en sådan sammenligning er urimelig og ufrugtbar, fordi den ikke tager højde for virkelighedens kompleksitet. I stedet burde der stilles nogle rimelige sammenligninger op; sammenligninger, der i højere grad baserede sig på den måde sygefravær *bruges* på blandt forskellige sociale grupper, og som tager højde for, at sygefravær kan have forskellige *funktioner* for disse grupper.

Det er ud af denne tangent, jeg vil forsøge at tænke i dette kapitel, som netop handler om at præsentere en alternativ metodisk ramme for forståelsen og analysen af sygefravær. Perspektivet er som nævnt tidligere hverdagssociologisk forstået på den måde, at vi forsøger at beskæftige os med fænomenet sygefravær, som det indgår eller er fraværende i 'helt almindelige menneskers' 'helt almindelige hverdag'. Fra dette perspektiv bliver enkeltfaktorer evt. betydning som årsag til sygefravær kun relevant i det omfang, det indgår i perspektiverne hos de menneskers, vi studerer. Dermed bliver f.eks. samfundsøkonomiske eller 'management'-perspektiver omkring udbuddet af arbejdskraft og planlægning af arbejdsopgaver kun relevante i det omfang, de får en *konkret* betydning for disse menneskers hverdagsliv. F.eks. i de tilfælde, hvor netop det samfundsøkonomiske eller managementperspektivet *er* udgangspunktet for disse personers syn på sygefravær. Det er f.eks. tilfældet for en række af de personer, som har 'ansvar' eller er særligt påvirket af andre menneskers sygefraværspraktikker jf. kapitel 6, afsnit IV, VI).

Fra et sociologisk udsyn er det helt naturligt og legitimt at studere sygefraværsfænomenet på denne måde, men jeg vil hævde, at der også kan være andre gevinster ved at gøre det. For hvis man udelader de sygefraværendes eget perspektiv, risikerer man at ende i en situation, hvor de spekulationer og idéer,

der udvikles f.eks. indenfor sygefraværskforskningen, er uden berøring med den måde fænomenet opleves på af de berørte parter. Uden en sådan forståelse vil man snildt kunne forestille sig situationer, hvor alverdens tiltag baseret på forskeres gode hensigter ramler ind i det problem, at de har overset, hvordan fænomenet opfattes og handles på, for dem man ønsker at 'hjælpe'. Hvis man f.eks. skulle gøre virkelighed af de råd NFA fremsætter i rapporten om mulighederne for at forebygge sygefravær (Jensen et. al., 2002) ville det betyde, at man i høj grad ville risikere, at denne type af ufaglærte jobs blev outsourcet til andre lande med mindre fokus på sygefravær. Konsekvensen af dette ville være, at personer med det mest belastende arbejdsmiljø og højeste niveau af forebyggeligt-sygefravær mistede deres job, og spørgsmålet er så om det er bedre at være arbejdsløs og ikke være belastet af tunge løft, eller om det er lige omvendt? Det kan man i hvert fald ikke svare på, uden samtidig at inddrage disse personer i diskussionen, og det gør man på intet tidspunkt i rapporten.

Påstanden for dette kapitel er altså, at uden en holistisk tilgang, som forsøger at sætte sygefraværet ind i dets hverdagslivskontekst, vil man ikke kunne 'forebygge' og 'hjælpe' de personer, man ønsker. Det er ikke nok blot at 'fifle' lidt med nogle enkeltfaktorer. De afledte og derfor ofte uforudsete konsekvenser af sådanne interventioner kan nemlig ofte være uønskede. Faktisk vil man kunne risikere, at øvelsen udvikler sig stik modsat, fordi den fortolkningsramme, man som forsker har af sygefraværsfænomenet, er væsensforskelligt fra det perspektiv 'helt almindelige mennesker' har af deres hverdagsliv. Her er det vigtigt at understrege, at visionen om en holistisk tilgang til sygefravær på ingen måder er ny. I Kristensens klassiske sygefraværartikel fra 1991 nævner han, som det første punkt, at 'en teori om sygefravær bør være holistisk, gennem inkludering af faktorer på alle niveauer' (Kristensen, 1991, s. 15). Desværre gør artiklen ikke meget ud af at ekslicitere og videreudvikle, hvordan en sådan holistisk tilgang skal gennemføres i praksis, ligesom hverdagslivsperspektivet ikke har en direkte plads i diskussionen. Og den næsten eksklusive brug af kvantitative metoder og forestillingen om, at tilgangen bliver holistisk blot ved at inkludere faktorer på forskellige analytiske niveauer (individ, virksomhed, samfund) er udtryk for, at Kristensen i hvert fald indirekte også abonnerer på visse af risikofaktortilgangens problematiske sider. Fordringen om, at en teori om sygefravær bør være holistisk, er dog udsat fra kritik fra anden side, hvor f.eks. Kristina Alexanderson er af den opfattelse, at det er vigtigere, at den anvendte teori er relevant for undersøgelsens formål (Alexanderson, 1998, s. 246). Fra et ståsted, hvor sociologiens formål er at forsøge at kompensere for videnskabeners arbejdsdeling, må en teori om sygefravær dog med nødvendighed være holistisk. Og der er – vil jeg hævde – også andre gode grunde til, at Kristensens vision bør efterfølges.

Målet med kapitlet er altså at præsentere en alternativ måde at analysere sygefraværsfænomenet på, der forsøger at fastholde visionen om det holistiske blik. Dermed skulle vi gerne undgå at få reduceret analysen af sygefravær til søgen efter enkeltfaktorer årsagssammenhæng med fænomenet. Men før jeg går i gang med den opgave, vil jeg dog forsøge at demonstrere yderligere, hvorfor regressionsanalysen er problematisk. I den forstand er der tale om en videreudvikling af nogle af de problemer med risikofaktortilgangen, som blev påpeget i kapitel 4. Et sådant forsøg tager sit udgangspunkt i Bourdieu og hans relationistiske metodologi som den f.eks. kommer til udtryk i hans måske nok mest kendte værk: *Distinktionen*. Men det er værd at bemærke, at det Bourdieuske synspunkt på væsentlige punkter flugter med Adorno og den sociale fysiognomik, hvilket jeg vil argumentere nærmere for i en lille ekskurs.

Forholdet mellem den afhængige og den 'uafhængige' variabel

Som ledetråd for kritikken af regressionsanalysen, eller det nogen også har kaldt 'variabelsociologien' (Blumer, 1956) kunne man tage nedenstående citat fra *Distinktionen*, hvor Bourdieu beskriver og angriber én af de centrale forudsætninger for analysemåden, nemlig skellet mellem en afhængig og en uafhængig variabel. Om denne skelnen siger han:

"The sociologist's task would be much easier if, when faced with each relationship between an 'independent variable' and a 'dependent variable', he did not have to determine how the perception and appreciation of what is designated by the 'dependent variable' vary according to the classes determined by the 'independent variable'." (Bourdieu, 1984, s. 100)

Pointen er her, at vi ikke kan forudsætte, at den 'variabel' vi undersøger – i vores tilfælde sygefravær – er identisk for alle de grupper af personer, som indgår i undersøgelsen. Man må med andre ord stille sig selv det spørgsmål om sygefraværsfænomenet – ud fra et hverdagssociologisk perspektiv – er forskelligt alt afhængigt af, hvilken position i samfundet, den, der praktiserer sygefraværet, besidder. Hvis det er tilfældet, kan man ikke uden videre – eller i hvert fald ikke uden en abstraktion, som fra et sådant perspektiv er fatalt – gå ud fra, at sygefraværet *betyder* det samme, *er* det samme, *udfylder den samme funktion* for alle involverede. Og hvis vi ikke kan gå ud fra dette, og faktisk kommer på afveje, hvis vi antager det – betyder det, at vi må forsøge at tage højde for variationer i fænomenet, som følger af dets bundethed til den *kontekst*, hvori det eksisterer. I virkeligheden er dette blot en anden måde at formulere den idé af Johns & Nicholson (1982) om 'fraværsmønsternes fænomenologiske unikhed', der blev refereret i kapitel 3, afsnit D.²

Det springende punkt handler altså om betydningen af *konteksten* for et givent fænomen, og hvordan denne indgår i (eller udgår af) ens analyse. En anden stærk kritiker af 'variabelsociologien', Andrew Abbott formulerer det på følgende måde, hvor han trækker på indsigterne fra Chicago-skolen:

"In a single sentence, the Chicago school thought – and thinks – that one cannot understand social life without understanding the arrangements of particular social actors in particular social times and places. Another way of stating this is to say that Chicago felt that no social fact makes any sense abstracted from its context in social (and often geographical) space and social time. Social facts are located. This means a focus on social relations and spatial ecology in synchronic analysis, as it means a similar focus on process in diachronic analysis. Every social fact is situated, surrounded by other contextual facts and brought into being by a process relating it to past contexts." (Abbott, 1997, s. 1152)

Abbott formulerer det stærkt her: ethvert fænomen er situationsbestemt, og udgår fra en bestemt rumlig såvel som tidslig kontekst. Denne observation er vigtig i to henseender: det betyder, at vi må forholde os til sygefraværsfænomenet både i forhold til dets rumlige kontekst, forstået som de fænomener, der er tæt forbundet til det, og som skaber en ramme for det. Ligeså må vi granske sygefraværet begrebshistorisk sådan som vi gjorde det i kapitel 2. Hvis 'sociale fakta er lokaliserede' betyder det, at vi må tage forbehold for, at sygefraværsfænomenet er forskelligt alt afhængigt af den kontekst, indenfor hvilken det træder frem. Sygefravær har måske ikke samme status på store virksomheder, hvor mange medarbejdere kan dække for hinanden, som det har på små virksomheder, hvor den enes sygefravær kan betyde en anden medarbejders overarbejde. Sygefraværsfænomenet er tæt forbundet til den kontekst, indenfor hvilken fraværet må praktiseres.

Regressionsanalysen og kontekstafhængighed

Men hvad har denne kritik at gøre med den regressionsbaserede tilgang til analysen af sociale fænomener? Kan man ikke forestille sig analyser af f.eks. sygefraværsfænomenet, som både anvender dette statistiske værktøj, og samtidig anerkender eksistensen af den kontekst, hvori fænomenet indgår? Er de to ting per automatik gensidigt ekskluderende? Til at belyse denne problematik kan endnu et citat fra Abbott være instruktivt:

“An immediate corollary [to the idea that context plays a crucial role in defining a phenomenon, CDH] is that not only do variables not exist in reality, they are misleading even as a nominalist convention. For the idea of a variable is the idea of scale that has the same causal meaning whatever its context: the idea, for example, that “education” can have “an effect” on “occupation” irrespective of the other qualities of an individual, whether those qualities be other past experiences, other personal characteristics, or friends, acquaintances, and connections. Within variable-based thinking, one allows for a few “interactions” to modify this single causal meaning contextually, but the fundamental image of variables’ independence is so enshrined in the phrase “net of other variables” and in the aim to discover this net effect, whether through experimental or statistical manipulation. The Chicago view was that the concept of net effect was social scientific nonsense. Nothing that ever occurs in the social world occurs ‘net of other variables’. All social facts are located in contexts. So why bother to pretend that they are not?” (Abbott, 1997, s. 1152)

Forestillingen om, at vi kan isolere betydningen af f.eks. fysisk hårdt arbejde for niveauet af sygemeldinger, er altså problematisk. Det vil nemlig være stærkt afhængigt af en helt masse kontekstuelle forhold på én gang, f.eks. den enkeltes mulighed for at tilpasse sine arbejdsopgaver til sin arbejdsevne. Abbotts kritik stiller således alvorlige spørgsmål ved, om regressionsanalysen overhovedet er et relevant sociologisk værktøj, fordi den netop forsøger at isolere (den tilsyneladende) effekt(en) af én enkelt variabel uden hensyntagen til, at denne variabel indgår i en kontekst, der kan modificere dets betydning. Én måde at tage højde for dette på er vha. brugen af interaktionseffekter. Altså ved at tage højde for samspil mellem to uafhængige variable. Men det ændrer ikke ved, at idealet for regressionsmodellerne er det utænkelige diktum: *ceteris paribus*, *alt andet lige*. Idealet er således at udradere de kontekstuelle effekter på et givent fænomen, for at nå frem til ’rene’ beskrivelser af enkelte variables effekt på den afhængige variabel. Men for Abbott er det meget vanskeligt at se det ønskværdige i netop sådant et forsøg, fordi det skaber en abstraktion, der kun i meget ringe grad er forbundet til virkeligheden. I hvert fald skaber denne måde at analysere et givent fænomen på den illusion, at man også kan ændre på enkeltfaktorer i virkeligheden. Men hvis man anerkender, at verden er et ’åbent system’ (og ikke et lukket eksperimentelt univers, hvor enkeltfaktorer kan holdes konstante), og at sygefravær er en viljesbestemt handling (og ikke en automatisk reaktion), vil det være umuligt at ændre på enkeltfaktorer, uden at man samtidig risikerer at forårsage andre, men uforudsete og måske uønskede konsekvenser af disse ændringer også. Et godt eksempel er tilfældet med genindførslen af karensdagen i Danmark, der måske nok reducerede antallet af sygemeldinger af én dags varighed, men som på samme tid førte til et øget antal sygemeldinger af længere varighed (Holm, Hummelgaard, Mikkelsen & Rieper, 1986). Af disse grunde vil betydningen af konteksten aldrig kunne fjernes fuldstændig.

Der er dog også en anden problematik forbundet med forsøget på at udradere kontekstens effekt: spørgsmålet om betydningen af *sammenhængen* mellem de uafhængige variable, eller spørgsmålet om *multicollinearitet*, hvis man skal holde sig til den statistiske terminologi. Spørgsmålet bliver i denne sammenhæng, om det overhovedet er matematisk muligt at ’rense’ effekten af én variabel for alle andre variables effekt, således at man når frem til den *selvstændige* betydning af en given uafhængig variabel?

For Bourdieu var svaret klart: uanset hvordan vi forsøger at rense analysen for disse faktorer, vil de alligevel blive 'smuglet' ind i analysen. Det synspunkt uddyber han på følgende måde:

"To account for the infinite diversity of practices in a way that is both unitary and specific, one has to break with linear thinking, which only recognizes the simple ordinal structures of direct determination, and endeavour to reconstruct the networks of interrelated relationships which are present in each of the factors. The structural causality of a network of factors is quite irreducible to the cumulated effects of the set of linear relations, of different explanatory force, which the necessities of analysis oblige one to isolate, those which are established between the different factors, taken one by one, and the practice in question; through each of the factors is exerted by the efficacy of all the others, and the multiplicity of determinations leads not to indeterminacy but to over-determination." (Bourdieu, 1984, s. 107)

Pointen er, at der er forskel på at analysere den 'kumulative effekt' af enkelte faktorer taget hver for sig, og den 'strukturelle kausalitet', som udspringer af det *netværk af faktorer*, der er flettet sammen, og udgør konteksten for det fænomen, man studerer. At det hænger sådan sammen følger af, at ethvert 'skridt' i årsagskæden måske nok er *direkte* årsag til noget umiddelbart efterfølgende, men på samme tid er denne 'årsag' selv bestemt af en masse andre tidligere forekommende faktorer, der på den måde væver sig sammen til et helt net af faktorer. F.eks. er helbred både direkte årsag til sygefravær, men er også selv bestemt af tidligere episoder af sygefravær og de afledte konsekvenser af det. For Bourdieu er det ikke nok at sikre sig, at de uafhængige variable ikke korrelerer for højt, så man rent matematisk ikke er i stand til at isolere effekten af den ene fra den anden. For ham handler det i stedet om de begrebslige 'forudsætninger', der ligger i, at man tager f.eks. indkomst, alder og uddannelse og analyserer dem hver for sig, hvilket forudsætter, at de sociale mekanismer knyttet til disse karakteristika er uafhængige af hinanden, hvilket f.eks. i forholdet mellem alder og økonomi ganske enkelt er forkert (for en uddybning af Bourdieus forståelse af kausalitet se Potter, 2002).

Kritikken af regressionsanalysen er udviklet yderligere i en anden artikel af Andrew Abbott (1988), hvor han omtaler det teoretiske perspektiv, der ligger til grund for regressionsanalysen, med betegnelsen 'general linear reality'. Pointen er, at de statistiske forudsætninger, der skal være til stede, når man anvender regressionsanalysen, betyder, at man også må gøre bestemte forudsætninger om den sociale virkelighed; forudsætninger, der ikke altid er særligt realistiske ved nærmere eftersyn. Abbott fremhæver især tre problematiske karakteristika, der går imod, de forudsætninger perspektivet opererer med: a) at de kvaliteter et individ besidder, afhænger af individets relationer til andre individer (og de strukturer, der medierer denne relation). (Hvilket betyder, at forudsætningen om observationernes uafhængighed ikke er overholdt). b) At disse egenskaber ikke nødvendigvis påvirker og påvirkes af hinanden på samme måde blandt alle individerne. (Hvilket indebærer, at forudsætningen om homoskedasticitet, er overskredet). c) At den mening som en variabel forsøger at måle ikke er identisk på tværs af sociale grupper, men afhænger netop af de to foregående punkter (dvs. af konteksten). (Indenfor Item Response Theory benævner man dette forhold *item bias* eller 'differential item functioning' (se Osterlind, 1983) (for en mere detaljeret gennemgang af disse kritikpunkter se Abbott, 1988, s. 171-7).

En anden og relateret problematik handler om de mange forudsætninger for regressionsanalysen, som overtrædes rutinemæssigt selv i de bedste analyser indenfor sociologien (og lad os endelig ikke glemme epidemiologien her). Mange af forudsætningerne kan man ikke på forhånd, afgøre om er opfyldt. Man må i stedet blot forudsætte, at det er tilfældet. Hele idéen bag regressionsanalysen er at eliminere alternative forklaringer til den hypotese, man ønsker at teste med sin analyse, og her er confounderkontrol et meget stærkt statistisk værktøj. Desværre er den meget omfattende

confounderkontrol ofte drevet af jagten på signifikante beta-koefficienter uden særlig hensyntagen til kvaliteten og plausibiliteten af disse estimater. Selvom det ikke er en nødvendig konsekvens af regressionsanalysen kan man dog hævde, at 'regressionsmodeller ofte bliver brugt som en måde at kompensere for problemer, der relaterer sig til målemetoderne, dataindsamling og forskningsdesign.' (Freedman, 1991, s. 305). Freedman fremhæver her Benjamin Snows legendariske studie af kolera i London, som et paradigmatiske eksempel på god kvantitativ forskning, der netop hviler på stor analytisk stringens og hårdt arbejde i forsøget på at modbevise konkurrerende forklaringer på koleraepidemiens udbredelse i byen. Langt de fleste studier med regressionsanalysen som udgangspunkt udviser ikke samme stringens og arbejdsindsats. Og i mange tilfælde bliver confounderkontrollen eller diverse 'tekniske fix' af regressionsmodeller en 'undskyldning' for utilstrækkelige data af den ene eller den anden art. Ligeledes er der måske også en tendens til, at signifikanstestet bliver fetisheret som den eneste relevante måde at evaluere et studies resultater på.

Regressionsanalysen er altså problematisk på flere fronter, både fordi de antagelser analysemetoden forudsætter er urealistiske eller umulige at evaluere, og fordi metoden kun meget vanskeligt kan inkorporere konteksten af de fænomener, der studeres herunder den strukturelle kausalitet, som knytter fænomenet til konteksten.

Ekskurs: Bourdieu vs. Adorno – relationel og dialektisk tænkning

Men det er ikke nok blot at kontekstualisere sygefraværsbegrebet. Vi må også forholde os til ikke-identiteten mellem sygefravær*sfænomenet*, og det begreb om sygefravær vi benytter i vores analyser og ikke mindst i offentligheden; og vi må ligeledes forholde os til ikke-identiteten mellem sygefravær*sfænomenet* og den konkrete operationalisering af fænomenet, der anvendes i empiriske analyser. Vi kan som nævnt ovenfor ikke forudsætte, at sygefravær betyder det samme, praktiseres på samme måde, har de samme konsekvenser, har den samme funktion, uanset hvilke positioner i den samfundsmæssige totalitet, vi måtte observere tilfælde af sygefravær. Sygefravær*sfænomenet* gøres langt mere uniformt i den hegemoniske forståelse af fænomenet, end det rent faktisk er tilfældet, hvis man ser på den måde sygefravær praktiseres på af det enkelte individ. Det var netop det, vi kunne se antydningen af i såvel kapitel 2 og 3. Det må i hvert fald være konklusionen, hvis man kaster et Adornosk perspektiv på analysen af sygefravær*sfænomenet*.

Og på mange måder kan man sige, at den kritik Abbott såvel som Bourdieu rejser af den kvantitative forskning, er helt på linje med den, Adorno rejser f.eks. i hans essay: *Sociologi og empirisk forskning*. Her er én af hovedpointerne, at metoderne er 'subjektive', fordi de udelukkende fokuserer på, "hvordan subjekter ser sig selv og virkeligheden. Den samfundsmæssige objektivitet, indbegrebet af alle de forhold, institutioner og kræfter inden for hvilke menneskene agerer, har de empiriske metoder (spørgeskema og interview, herunder de forskellige muligheder for kombination og supplement af disse) ganske ignoreret..." (Adorno, 1972, s. 157). Af den grund får disse metoder ikke fat på det, der virkeligt er sociologiens genstand, nemlig samfundstotaliteten. Og det betyder samtidig, at "den videnskabelige spejling i virkeligheden blot [bliver] en fordobling, tingsliggjort apperception af det tingslige, og forvansker objektet netop gennem fordoblingen, mystificerer det formidlede ved at fortrylle det til noget umiddelbart." (Adorno, 1972, s. 162). Oversat til almindeligt dansk er Adorno's pointe, at ved udelukkende at fokusere på *subjekternes* udsagn, meninger og handlinger, så når vi ikke frem til den samfundsmæssige objektivitet, der *påvirker* disse. I stedet for at vise, hvordan disse udsagn,

meninger og handlinger er *betinget og formidlet af* samfundet, så tager man disse udsagn m.m og behandler dem som *umiddelbare*, dvs. som 'rene beskrivelser' af virkeligheden. I stedet for at *bryde* med virkeligheden (og den bevidsthed, som den producerer), så *fordobler* (eller reproducerer) man den. Det er i sidste ende også implikationen af Abbotts kritik, selvom han ikke nævner dette element eksplicit. Men det hænger sammen med den dobbelte hermeneutik, og det faktum, at sociologiens vidensproduktion flyder tilbage i livsverdenen, og efterfølgende indgår i den forståelse, individerne har af deres virkelighed (Giddens, 1993, s. 86). Sociologien kan på den måde være med til at *ændre* virkeligheden. Men hvis sociologien blot reproducerer de allerede eksisterende forståelser af den sociale virkelighed, ændrer den ikke noget, men er blot med til at forstærke, fordoble og reproducere det allerede eksisterende. Hvis sociologiens teoretiske udgangspunkt, når man bruger regressionsanalysen til arbejdet med erfaringsmaterialet, forudsætter en forståelse af virkeligheden baseret på tankerne bag den 'generelle lineære virkelighed', så vil virkeligheden i sidste ende også tilnærme sig principperne bag dette perspektiv.³

Det er en stort set identisk vision, Bourdieu opstiller for sit virke som sociolog. For ham handler det i første omgang om at bryde med den umiddelbare, eller prækonstruerede forståelse vi har af virkeligheden. Det han flere steder kalder doxa:

"[F]or the sociologist, familiarity with his social universe is the epistemological obstacle *par excellence*, because it continuously produces fictitious conceptions or systematizations and, at the same time, the conditions of their credibility." (Bourdieu, Chamboredon & Passeron, 1991, s. 13).

Uden et brud, der bedst foretages ved at 'objektivere' virkeligheden, forfalder vi til netop den 'fordobling' af virkeligheden, Adorno taler om. Vi risikerer ikke at nå til en reel forståelse af, hvilke sociale processer, der er på spil i produktionen af vores *umiddelbare*, common-sense forståelse af virkeligheden.

For Bourdieu kan dette ske på mange forskellige måder: gennem brugen af historien om et fænomens udvikling, gennem kontrastering af et givent fænomen med dets eksistens i andre kulturer, ligesom det kan ske ved at fremstille viden, der modsiger common-sense forståelsen af et begreb (for en udlægning af Bourdieus metode se Priuer & Sestoft, 2006). Alle disse forslag ville Adorno nikke anerkendende til, men han ville formentlig også fremhæve jagten på modsætninger, som ét meget væsentligt aspekt for at kunne objektivere virkeligheden. "Contradiction is nonidentity under the aspect of identity" (Adorno, 1973, s. 5): Modsætninger i et fænomen, i det en informant udtaler om hans praksis, imellem det en statistik viser om et fænomen, og den konsensus, der hersker om det; modsætninger i alle dets forskellige afskygninger er udtryk for den ikke-identitet, der findes mellem vores common-sense oplevelse af virkeligheden og den 'virkelige' virkelighed (f.eks. de sociale strukturer, der påvirker vores common-sense forståelse af disse strukturer).

I Adorno's kontrovers med Popper var ét af kardinalpunkterne spørgsmålet om de enkelte sociale faktas relation til samfundstotaliteten. Og selvom man ikke nødvendigvis kan betegne et fænomens kontekst som en totalitet, er der ikke noget til hinder for, at man i hvert fald *også* kan forstå kontekstbegrebet som en totalitet; en totalitet af de relationer, der findes mellem individer og de egenskaber disse individer besidder, og de samfundsmæssige strukturer de gennem deres relationer er med til at producere og reproducere. For Popper var hele idéen om totalitet suspect, fordi den ikke kunne testes empirisk. Problemet for Popper var, at en teoris mangel på testmuligheder i princippet betyder, at sociologien bliver til en tro og ikke længere er en videnskab. Videnskab forudsætter nemlig den systematiske søgen efter i princippet *falsificérbar* viden (se f.eks. Popper, 1976, s. 89). For Adorno

var tingene ikke så enkle, og for ham var det klart, at “no experiment could convincingly demonstrate the dependence of each social phenomenon on the totality for the whole which preforms the tangible phenomena can never itself be reduced to particular experimental arrangements.” (Adorno, 1976c, s. 113). På den måde bliver det derfor nødvendigt for sociologien at basere sig på delvist metafysiske tanker, der bryder med virkeligheden, og som af sin natur ikke kan testes empirisk (se Jarvis, 1998, s. 64-7).

Bourdieu benytter ikke samme terminologi som Adorno, men idéen om individer, der indgår i relationer med hinanden, og indtager bestemte positioner i et felt (der igen er forbundet til eller del af et større 'socialt rum'), har store lighedstræk med Adornos forestilling om samfundet som en relationel og processuel kategori, der også kan betegnes som en totalitet:

“...the concept of society refers to a relationship between people, as I attempted to make clear in my last lecture. To hypothesize this relationship as a 'higher-level reality' is to disregard the fact that society is always composed of individuals. A concept of society which omits the individuals of which society is composed and between whom this relationship exists is nonsensical – no less absurd than the opposite concept which regards society as something reducible to the various individuals making it up, anything other than these individuals being dismissed as mere hot air.” (Adorno, 2000a, s. 37).

Samfundet er for Adorno altså på én og samme tid udgjort af de individer, som indgår i det, men er også mere end det. For Bourdieu består samfundet både af de individer, som indtager positioner i feltet, men udgøres også af feltets strukturer, som habituerer og disponerer individerne til at indtage disse bestemte positioner; positioner, der er bestemt af de relationer, de indgår i med de øvrige aktører i feltet. For både Adorno og Bourdieu er der altså tale om en dialektisk proces mellem individerne, og den totalitet de skaber ved at stå i relation til hinanden.

Men der er dog også forskelle mellem Bourdieus og Adornos positioner; forskelle, der ikke mindst har at gøre med forståelsen af relationerne mellem mennesker og den underliggende 'logik', der strukturerer disse. Adorno tog som inspireret af Hegel udgangspunkt i subjekt-objekt dialektikken og benyttede denne tankefigur til at begrebsliggøre forholdet mellem individ og samfund. I det store hele betyder det, at han ikke fokuserede synderligt meget på forholdet mellem subjekter og det intersubjektive niveau. Med andre ord er de relationer, Bourdieu baserer hans 'teori' på, underteoretiseret hos Adorno. For sidstnævnte var det klart, at man kunne forestille sig relationer, der antager mange forskellige former. Men det var dog helt klart bytte- og vareformen, Adorno så som den dominerende form for relation i moderne, senkapitalistiske samfund. På mange måder vil man kunne se transformationen af klassisk dannelse og dyder til kulturel og symbolsk *kapital* som netop et udtryk for, at relationerne transformeres og er 'modelleret' på vareformen, selvom en tilfredsstillende argumentation for denne påstand ligger langt udover rammerne af denne afhandling (men se Calhoun, 1993 for ansatserne til det). Hvis Bourdieu - i hvert fald til en vis grad - er uopmærksom på historiciteten af sit eget teoretiske begrebsapparat, så kan man til gengæld fremhæve, at han opererer med flere og andre typer af relationer mellem mennesker, som Adorno kun ganske sporadisk kommer ind på (se Hansen, 2004, s. 78-80). Her er det hele spørgsmålet om konflikter og magtkampe i feltet, jeg tænker på, som i den forestilling om samfundet som et system, Adorno abonnerer på, forsvinder ud af synsfeltet, selvom han dog forholder sig til sociale konflikter visse steder i sit forfatterskab (se f.eks. Adorno & Jaerisch, 1972).

En væsentlig forskel mellem Adorno og Bourdieu handler om den måde, hvorpå genstande/ting/objekter indgår i relationerne mellem de subjekter, som de er enige om, har stor betydning for samfundets konstitution. For Bourdieu er dette overhovedet ikke et tema. Og i en lang

passage fra hans forelæsningsrække om videnssociologien er han meget kritisk overfor Bruno Latours idé om *ting* som sociologiens 'forsvundne masse':

"Den banale forskel mellem menneskelige og ikke-menneskelige aktanter er behændigt bragt ud af verden, og vi kan frit udbrede os i øst og vest om, hvordan vi uddelegerer magt til tekniske gentande... Men for at illustrere, hvordan en simpel leg med ord har udviklet sig til en 'skole' med en vifte af metodologiske forudantagelser, vil jeg nøjes med at henvise til Michel Callon (1986), som i sin afhandling om kammuslinger placerer fiskere, kammuslinger, måger, vinden etc. på samme niveau som elementer i et såkaldt 'aktantsystem'." (Bourdieu, 2005, s. 58-9)

At sætte 'menneskelige og ikke-menneskelige aktanter' på samme niveau er ifølge Bourdieu ikke en frugtbar strategi. I virkeligheden taler Bourdieu her om forskellen mellem subjekter og objekter, selvom han formentlig ville mene, at terminologien er forældet, fordi den er bundet til det Habermas i mange sammenhænge har benævnt 'bevidsthedsfilosofien', og som mange andre nutidige sociologer også tager afstand fra (se diskussionen i Habermas, 1984, s. 366-99). Og at man på ingen måde kan sidestille objekter med subjekter, er der heller ingen tvivl om for Adorno (se f.eks. Adorno, 1972, s. 159-60); men man må dog hele tiden huske på, at mennesker altid er *både* subjekter og objekter på én og samme tid (Adorno, 1998b, s. 249-50). Alene af den grund bør man altid tænke objektiviteten ind i sine analyser også (kroppen og naturen fremstår som de mest oplagte eksempler). Konsekvensen af Bourdieus 'latterliggørelse' af Latours idé (se Schinkel, 2007) bliver, at den sociale virkelighed, og de felter vi studerer, reduceres til rene sociale konstruktioner; til relationer *mellem* subjekter, hvori der ikke indgår genstande/ting/objekter, som magtkampene handler om. Det får sit ypperste udtryk, i de mange analyser Bourdieu foretager af kunstfeltet, hvor idéen om, at kunstværket (her forstået som selve den *genstand* kunstværket består af f.eks. et lærred med akrylmaling påført af en hestehårspensel) skulle have en særlig betydning for kunstfeltet, bliver manet godt og grundigt i jorden:

"What the historical analysis of the work of art and of aesthetic experience really describes is an institution which, as such, enjoys a kind of twofold existence, in things and in minds. In things, it exists in the form of an artistic field, a relatively autonomous social universe which is the result of a slow process of emergence. In minds, it exists in the form of dispositions which invent themselves through the very movement of self-invention of the field to which they are adjusted. When things and minds are directly in accord with each other, meaning when the eye is the product of the field to which it relates, then everything appears to be immediately endowed with meaning and value. This is so clearly the case that in order for a totally extraordinary question to be posed about the foundation of the meaning and the value of the work of art, something usually taken for granted by all those who swim like fish in the water of the cultural world, an experience has to arise which a cultivated person finds totally exceptional – even though it is, on the contrary, totally ordinary, as empirical observation shows, for those who have not had the occasion or the chance to acquire the dispositions objectively required by the work of art. An example is Arthur Danto's visit to the exhibition of Warhol's Brillo boxes at the Stable Gallery, when he discovered the arbitrary (ex instituto, as Leibniz would have said) character of the imposition of value carried out by the field through exhibition in a place both consecrated and capable of consecrating. The experience of the work of art as immediately endowed with meaning and value is an effect of the harmony between the two aspects of the same historical institution, the cultivated habitus and the artistic field, which mutually ground each other. Given that the work of art does not exist as such, meaning as an object symbolically endowed with meaning and value, unless it is apprehended by spectators possessing the aesthetic disposition and competence which it tacitly requires, one would say that it is the eye of the aesthete which constitutes the work of art..." (Bourdieu, 1996a, s. 289)

Kunstfeltet er således ikke bundet op på bestemte typer af genstande, som indgår i feltet, og måske endda bliver objekter for det spil, den *illusio*, aktørerne i feltet er bundet sammen af. Det kan godt være,

at genstandene indgår i feltet, men de har for Bourdieu ingen funktion og er komplet arbitrære, hvorfor det er uinteressant for sociologien at tage stilling til dem. I stedet bør man fokusere på det spil og magtkampe, der eksisterer mellem aktørerne i feltet. Om Bourdieu er alvorlig i sin beskrivelse af disse forhold, kan man kun gisne om, men uanset hvad synes det i hvert fald at være en uholdbar situation. Kan man forestille sig fodbold uden bolden? Kan man forestille sig poker, bridge og blackjack uden et spil kort? Kan man forestille sig billedkunsten uden lærreder, pensler og maling? Formentlig ville Bourdieu ikke afvise, at disse genstande naturligvis har en betydning for det spil, der foregår i et givent felt. Men han ville formentlig hævde, at deres 'funktion' var arbitrær; at man ligeså godt kunne spille fodbold med en håndbold; at den ene genstand kan være lige så god som den anden.

Denne betragtning er dybt problematisk for Adorno, fordi den netop ikke forholder sig til den genstand, som er objektet for ens empiriske studier; en sådan fremgangsmåde betyder, at man alene fokuserer på subjekter og ignorerer diktum'et om 'objektets forrang' (Adorno, 1998b). I forordet til hans forelæsninger om musiksociologi bemærker han følgende om relationen mellem musiksociologien og dens genstand:

"Empirical inquiries aimed at confirming or refuting theorems of this book would have to stick to its principle, at least: to grasp and analyze subjective modes of behavior toward music in relation to the thing itself and its definable content, rather than to disregard the quality of the object, to treat it as a mere stimulus of projections, and to confine oneself to determining, measuring, and classifying subjective reactions to the object, if not sedimented modes of conduct. A sociology of music in which music means more than cigarettes or soap in market researches takes more than an awareness of society and its structures, and more than a purely informational knowledge of musical phenomena. It requires a full understanding of music itself, in all its implications. A methodology that lacks this understanding and therefore depreciates it as too subjectivistic will only lapse the more deeply into subjectivism, the median value of researched opinions." (Adorno, 1976b, s. xii).

Pointen for Adorno er, at studier, der ignorerer undersøgelsesgenstandens kvaliteter, bliver subjektive, fordi de alene forholder sig til subjekternes *opfattelse* af situationen, og ikke tager højde for den måde objektet påvirker disses oplevelse på. Bourdieus standpunkt udgør på mange måder en radikal social konstruktivisme, der ville være dybt problematisk, hvis den blev appliceret på det videnskabelige felt; her ville det nemlig betyde et farvel til idéen om, at videnskaben overhovedet stræber efter sand indsigt i verdens konstitution.

I en senere passage i Bourdieus forelæsning om videnssociologien kritiserer han selv en sådan position, som ifølge Bourdieu skulle være konsekvensen af andre af Latours værker:

"En anden konsekvens af det videnskabelige felts autonomi og lukning om sig selv er, at det fungerer ifølge en anden logik end det politiske felt. At påstå, at man ikke kan skelne mellem det politiske og det videnskabelige (Latour 1987), er det samme som at sige, at... det underliggende princip for forskernes handlinger udelukkende er et spørgsmål om personlige ambitioner iklædt en strategisk og krigerisk retorik, sådan at de udelukkende kaster sig over dette eller hint forskningsområde for at stige op i det faglige hierarki eller måske arbejder systematisk for at få tildelt en Nobelpris ved at opbygge et stort og sammenspist netværk af støtter i det faglige miljø. Men det er rigtigt, at strategierne på det videnskabelige felt altid har to aspekter. De har både en rent videnskabelig funktion og en social funktion i forhold til andre aktører på feltet." (Bourdieu, 2005, s. 93-4).

Citatet står på mange måder i direkte modstrid med det, Bourdieu hævder, er tilfældet indenfor kunstfeltet, hvor de genstande, der 'kæmpes' om, er helt igennem arbitrære. Sådan forholder det sig ikke indenfor det videnskabelige felt, hvor der findes handlinger, som har 'rent videnskabelige funktioner' og andre handlinger, som har 'sociale funktioner' rettet mod kollegaer. Hvordan Bourdieu vil forsvare

denne forskel, mellem videnskabelige genstande og kunstgenstande, er der ingen forklaring på, men det peger måske lige netop hen på den svaghed, Latour fremhæver i hans kritik af Bourdieu (og mange andre nutidige sociologer, der ikke forholder sig til de objekter, som indgår i de relationer sociologien ellers beskæftiger sig med) (for en uddybning af denne pointe se Schinkel, 2007).

En af forklaringerne på Bourdieus afstandtagen til at beskæftige sig med 'tingen' begrundes af han selv med hans inspiration fra den tyske filosof Ernst Cassirer, hvis værk *Substanzbegriff und Funktionsbegriff* Bourdieu nævner adskillige gange som f.eks. i de følgende citater:

"A number of misunderstandings to which sociological analysis gives rise stem from the fact that people read relational thinking substantially, to use Cassirer's distinction... The properties attached to agents or groups that are themselves defined relationally have meaning and value only in and through the relations into which they enter. No practice, object, or discourse is ever distinguished or vulgar, noble or common, in and of itself, as distinguished common sense would have it, but only in relation to other objects, practices, or discourses." (Bourdieu, 1996b, s. 181).

"In this spirit I will present the model I constructed in *Distinction*, first cautioning against a 'substantialist' reading of analyses which intend to be structural or, better, relational (I refer here, without being able to go into detail, to the opposition suggested by Ernst Cassirer between 'substantial concepts' and 'functional or relational concepts'). The 'substantialist' and naively realist reading considers each practice (playing golf, for example) or pattern of consumption (Chinese food, for instance) in and for itself, independently of the universe of substitutable practices, and conceives of the correspondence between social positions (or classes, thought of as substantial sets) and tastes or practices as a mechanical and direct relation... The substantialist mode of thought, which characterizes common sense – and racism – and which is inclined to treat the activities and preferences specific to certain moments as if they were substantial properties, inscribed once and for all in a sort of biological or cultural essence, leads to the same kind of error, whether one is comparing different societies or successive periods in the same society." (Bourdieu, 1998, s. 3-4)

Bourdieu's pointer i ovenstående citater er indlysende rigtige: Tennis er ikke i sig selv en distingverende praksis, og modernistisk billedkunst er ikke i sig selv kulturgenstande, som indeholder noget, der kun kan forstås af elite. Det er alene i distinktionen, dvs. i relationen til andre praksisser eller andre genstande, at dette hierarki mellem genstande eller personlige praksisser opstår. Det var også pointen for Cassirers 'reform' af det logiske system, som var et opgør med den Aristoteliske substanstænkning, der ifølge Cassirer alt for længe havde domineret ikke alene den filosofiske tænkning, men også videnskaben (Cassirer, 1923, s. 7-9). Men problemet med Bourdieus tankegang er, at han kommer snublende nær en position, der hævder, at de genstande, der indgår i sociale felter, ingen (relevante) egenskaber har overhovedet. Disse egenskaber opstår udelukkende, fordi de indgår i bestemte sociale funktioner i feltet. Om det er en direkte følge af Cassirer, vil jeg ikke beskæftige mig med her. Men i en interessant artikel argumenterer den amerikanske filosof Donald Verene for, at Cassirers primære (metodologiske) inspirationskilde i hans hovedværker om symbolske former, er Hegels Fænomenologi og ikke Kant's tre kritikker (og den Marburgske variant af Neo-kantianismen), som det ellers er sædvanen at hævde (Verene, 1969). På spørgsmålet om genstandens 'placering' i Cassirers filosofiske system skriver han følgende:

"In relation to the second major question, that of the 'reference-value' of symbolic forms, Professor Jenkins states that Cassirer is ambiguous about whether the symbolic forms refer to an order of reality external to them, or whether they describe the ways in which man produces an order of his own. Attention to the relationship between Cassirer's and Hegel's systems, I believe, also offers a criterion for resolving this second point. If the presuppositions of Cassirer's system are derived from Hegel, the object has no existence apart from its relationship to consciousness. Cassirer, like Hegel and philosophical idealists in general, conceives

the problem of knowledge as presupposing the existence of the object... The justification for the reference-value of the symbolic forms would not constitute a unique problem for Cassirer's system; it would rest on the justification for the presuppositions of philosophical idealism as a whole." (Verene, 1969, s. 45).

Pointen hos Verene var altså, at Cassirer i bund og grund var en idealistisk tænker, der betragtede spørgsmålet om genstanden (og 'tingen-i-sig-selv'-problematikken) som ubesvarlig, hvorfor man i stedet måtte forudsætte eksistensen af sproget og genstandens mediation gennem menneskets bevidsthed (og dermed de symbolske former knyttet til den).

Pointen med hele denne øvelse er at antyde, at der er en snert af idealisme forbundet til Bourdieus sociologiske 'system'. Det har den konsekvens, at tingen eller objektet forsvinder ud af analyserne, fordi de for Bourdieu er arbitrære, og kun er konstitueret som sociale genstande gennem de relationer, de har til hinanden og til de aktører, der forholder sig til dem. Herigennem adskiller han sig fra Adorno som forsøgte at 'dreje' Hegels system og den Kopernikanske vending i filosofien om deres egne 'akser' (Adorno, 1973, s. xx). Referencen til Kopernikus peger på den betydning, han havde for menneskets tænkning om Gud (og Jorden) som centrum for universet. Hans tanker medvirkede til det skifte, der gjorde *mennesket* til centrum for universet (eller i hvert fald til centrum for vores *erkendelse* af verden). Selvom denne bedrift – der blev 'gennemført' af Kant i filosofien – bragte mange fremskridt med sig, var det ifølge Adorno nødvendigt at dreje 'akserne' i denne vending mod mennesket. På den måde ville man sikre, at menneskets status som subjekt blev suppleret med bevidstheden om også at være objekt, der også indgår i relationer til andre objekter (og ikke kun indgår i inter.*subjektive* relationer) (Bernstein, 2001, s. 137-9).

Det er også som konsekvens af denne 'aksedrejning', at Adorno insisterer på 'genstandens forrang'. Oversat til sociologiske termer handler det om, at den sociologiske metode skal tilpasse sig det fænomen, man ønsker at undersøge. Det betyder også, at idéen om, at brugen af bestemte metoder af sig selv skulle kunne sikre videnskabelig objektivitet, var ham fremmed. Ja faktisk er det netop den idé, som er med til at gøre videnskaben subjektiv. I stedet for at afsløre genstandens objektive egenskaber, forfalder den til at projicere forskerens subjektive (for)forståelse af virkeligheden ned over undersøgelsesgenstanden.

Om forholdet mellem sociologiens 'indhold' og de metoder, der skal til at for at gribe dette indhold, siger han følgende i hans forelæsningsrække om sociologi fra 1968:

"The possibility of creating the method from the subject matter, through immersing oneself in it, naturally suspends [aufhebt] the principle of the separation of method and subject. In reality, method in sociology is very widely mediated by the subject, and the decisive thing is that sociology itself could become aware of this mediation." (Adorno, 2000a, s. 70)

Man kan altså ikke adskille spørgsmålet om teori og metode fra hinanden, uden samtidig at give køb på en objektiv analyse af undersøgelsesgenstanden. Vi skal med andre ord kontinuerligt forsøge at udvikle nye metoder, der er tilpasset den særlige genstand, vi undersøger, i stedet for at applicere bestemte metoder mere eller mindre uforandret fra et genstandsfelt til et andet uden at ændre det mindste. I en polemik mod én af hans samtidige sociologiske kollegaer i Tyskland betegner han denne tendens som et udtryk for 'metodefetishisme' (Adorno, 2000a, s. 20): "There is, I would say, a continuum running from the group of kids hanging around some cars and discussing the pros and cons of the different makes with an expertise both infantile and preconscious, to the obsession with methodology encountered in academic life today" (Adorno, 2000a, s. 76). En fornuftig analyse af et givent fænomen må altså forsøge at stile efter at respektere 'genstandens forrang', og tilpasse sine metoder til fænoments unikke

egenskaber, i stedet for blot og bart at applicere allerede eksisterende værktøjer hovedløst på dem. Meget af dette er Bourdieu for så vidt enig i, f.eks. når han hævder, at man ikke uden videre kan overføre hans 'teoretiske' idéer om felt, habitus og kapital til andre sociale kontekster (eller fra ét felt til et andet) (se diskussionerne af denne pointe hele vejen igennem Bourdieu & Wacquant, 1996). Men for Adorno betyder 'genstandens forrang' ikke blot, at man i princippet arbejder 'induktivt', og lader sine teoretiske begreber vikle sig ud af erfaringsmaterialets substans. Det betyder også en lydhørhed overfor selve undersøgelses*genstanden* og ikke kun de sociale relationer, som (også) er forbundet til den, hvilket er konsekvensen af Bourdieus (idealistiske) standpunkt. For et studie af sygefravær betyder det, at *genstanden* for ens arbejde (f.eks. om det er *døde ting*, man manipulerer med, om det er *mennesker*, man giver omsorg eller servicerer, om det er andre af naturens *levende væsner*, eller om det er abstrakte *symboler*) kan, og formentlig vil have en betydning for fænomenet ligesom sygdommen eller de symptomer, der giver anledning til fraværet forstået som en 'biologisk' mekanisme, der svækker evnen til at udføre centrale aspekter ved arbejdet, også har en betydning. Såvel *genstanden* for arbejdet som sygdommen eller symptomerne kan ikke udelukkende defineres *relationelt*, men må også defineres *substantielt*.

Man kunne måske få det indtryk, at princippet om 'genstandens forrang', så ville betyde et 'endeligt' farvel til den kvantitative metode, da man ofte betragter denne metode som langt mindre tilpasningsdygtig overfor den undersøgelsesgenstand, man gransker end det er tilfældet for kvalitative metoder. Og selvom Adorno fremhæver de kvalitative metoder, som værende særligt gode, når det handler om, at nå ind til 'kernen' af et fænomen, så er hans perspektiv altid præget af en dobbelthed; en dobbelthed, der i sidste ende dog også betyder, at Adorno flere steder fremhæver den kvantitative metode som overlegen i forhold til den kvalitative, fordi resultaterne fra sidstnævnte ikke umiddelbart kan generaliseres (se Adorno, 2000a, s. 71-9). Men det sker altid på en nuanceret måde, der fremhæver den gensidige afhængighed de to metodiske tilgange imellem. Ligeså indebærer det en afstandtagen til den metodefetishisme, der ofte kan præge såvel den empiriske sociologi som den etablerede sygefraværsforskning (se Adorno, 2000a, s. 74; Adorno, 1972, s. 156-9). Også på dette punkt er der således stor lighed mellem Adorno og Bourdieus fremgangsmåder. Sidstnævnte vælger i de fleste af sine studier (som f.eks. *Distinktionen*) at benytte sig af såvel kvantitative metoder som af kvalitative metoder såsom interviews og ikke mindst observation med udgangspunkt i etnografien.

Det filosofiske fundament for 'geometrisk dataanalyse' (GDA)

Men hvis regressionsanalysen indeholder fundamentale begrænsninger, der i princippet kan forvanske hele begribelsen af sygefraværsfænomenet, er spørgsmålet, hvad man så vil gøre? Det lidt triste og forudsigelige svar, man alt for ofte hører i kritikken af den kvantitative metode, kunne være, at man naturligvis må ty til kvalitative metoder for at afhjælpe problemerne. Kun gennem en fordybelse i fænomenet kan vi nå til en reel indsigt i det. Kvantitative analyser vil altid være begrænset af den overfladiske tilgang, de har til fænomenet (for eksempler på den type af kritik af den kvantitative sociolog se Bryman, 1984, s. 77-9).⁴ Og, selvom det selvfølgelig har sine meritter at anvende kvalitative metoder, er det dog et alt for simpelt svar på spørgsmålet.

For Bourdieu er svaret ganske enkelt: vi må ty til korrespondanceanalysen. Igennem denne måde at analysere data på kan man nemlig tage højde for konteksten. Samtidig kan man argumentere for, at de filosofiske idéer om relationisme, som Cassirer udviklede, har fundet deres matematiske udtryk i de

statistiske landvindinger Jean-Paul Benzécri gjorde i starten af 1970'erne. Udgangspunktet var geometrien og den lineære algebra, hvorfor de metoder, der oftest er kendt under navnet korrespondanceanalyse i virkeligheden bør betegnes geometrisk dataanalyse. Korrespondanceanalysen er nemlig blot én blandt en håndfuld af forskellige statistiske metoder, der alle deler den samme matematiske baggrund. Pointen var at udarbejde en statistisk metode, hvis udgangspunkt var geometrien og den lineære algebra i stedet for matrix-regningen, som det ellers ofte var tilfældet. Fordelen ved et sådant udgangspunkt var, at man kunne gøre statistikken næsten fuldkommen forudsætningsløs, fordi de statistiske procedurer følger 'automatisk' fra den matematiske teori, der ligger til grund for GDA (Le Roux & Rouanet, 2004, s. 8). Det er i denne sammenhæng ikke relevant at gå langt ind i de matematiske principper, der ligger til grund for denne metode – ikke mindst fordi det langt overgår mine evner som sociolog. Her skal jeg blot henvise til de glimrende sociologisk orienterede fremstillinger af disse, som findes hos blandt andre Rosenlund (2000) og Hjelbrekke (1999). I stedet vil det være på sin plads at diskutere sammenhængen mellem valget af GDA, og de teoretikere der ellers har domineret i dette kapitel såvel som i de forrige (dvs. Bourdieu men i særdeleshed Adorno).

Metodevalg vil i mange tilfælde fremstå som et mere eller mindre arbitrært vedhæng til det fænomen, man studerer. Det er dog langt fra tilfældet hos Bourdieu, hvor teori og metode er integreret på en måde, der tager udgangspunkt i opfattelsen af det sociale som en *rumlig* (og dermed geometrisk) størrelse. Dermed bliver undersøgelsesgenstandens egenskaber forsøgt tænkt ind i selve metodevalget. Teorien om det sociale rum som et felt, hvori aktører indtager positioner, der strukturerer og struktureres af aktørernes handlinger og deres indbyrdes relationer, modsvares af korrespondanceanalysen, der ligeledes arbejder rumligt/geometrisk med afstande mellem individer. Der består således et netværk af *relationer*, som fordrer en analysemetode, der er rumligt-geometrisk orienteret, hvor *afstande* mellem individer og strukturerende egenskaber danner udgangspunkt for analysen. Et særligt unikt aspekt ved GDA er, at der sker en 'rehabilitering af individerne' (Le Roux & Rouanet, 2004, s. 15). Dette er tilfældet, da den rumlige konstruktion er dannet ud fra de individer, som datasættet er baseret på. Disse individer bruges ikke blot til at danne variable for derefter at indgå i analyserne som residualer, hvilket er tilfældet i den almindelige statistik. De er derimod et centralt aspekt af konstruktionen af det rum analysen forsøger at beskrive, fordi det i princippet er individerne, som bærer al informationen. På den måde indebærer GDA konstruktionen af to simultane rum baseret på to skyer af punkter: en individsky og en variabel eller egenskabssky.

I en interessant artikel fra 2000 forsøger Rouanet, Ackermann & Le Roux at vise 'valgslægtskabet' mellem den geometriske dataanalyse og Bourdieu's 'formelle' sociologi: "In our opinion, in order to realize how strong the link between Bourdieu's thinking and Geometric Data Analysis is – so strong that it amounts to genuine elective affinities – we must start with the 'spatial vision' of society which is a constant in Bourdieu's thinking" (Rouanet, Ackermann & Le Roux, 2000, s. 7). For dem er der ingen tvivl om, at korrespondanceanalysen ikke blot er 'et smart værktøj til at visualisere data med'. Det er derimod et nødvendigt startpunkt for et sociologisk perspektiv, der tager udgangspunkt i en relationel tankegang og anvender rumlige metaforer til at beskrive sig selv med.

At man kan læse Bourdieu på denne måde illustrerer de tre statistiskere med følgende citat fra ham: "I use Correspondence Analysis very much, because I think that it is essentially a relational procedure whose philosophy fully expresses what in my view constitutes social reality. It is a procedure that 'thinks' in relations, as I try to do with the concept of field." (Bourdieu opcit in Rouanet, Ackermann &

Le Roux, 2000, s. 7). Den grafiske fremstilling er således ikke tilfældig, men udgør selve kernen i præsentationen eller konstruktionen af sociale rum eller det felt, man analyserer. Og den grafiske fremstilling af relationerne mellem individer er således også central, hvis man ønsker at præsentere den *kontekst*, hvori sygefraværsfænomenet eksisterer; en kontekst, der udbredt til samfundsniveau kan betegnes et 'socialt rum' eller som 'samfundstotaliteten', alt afhængigt af hvilken af de to teoretikeres terminologi, man anvender.

GDA bryder derfor med mange af de principper, der hersker indenfor den traditionelle statistik. I sidstnævnte er vægtningen lagt på en hypotetisk-deduktiv tilgang, og den deraf følgende *modeltest*. GDA er derimod et mere eksplorativt og induktivt approach, hvor vægten derfor lægges på *statistisk beskrivelse*. Om disse forskelle siger Le Roux og Rouanet:

"The main stream of Multivariate Statistics is sampling-oriented...: Any data set is reputed to be a sample and treated as such: modeling, fitting and testing (this is literally the 'sample-minded approach' to statistics... By contrast, the GDA (Geometric Data Analysis) approach to multivariate statistics is...description-oriented...: The descriptive analysis of data is the first and indispensable phase of data analysis. Description comes first, Statistics is not Probability! ... In multivariate statistics, where data often seemingly go (literally) 'in all directions', the geometric model provides an efficient frame for descriptive analysis. Determining principal axes immediately enables us to master multidimensionality, and – in Benzécri's (1969) words – yields 'a tool to make patterns emerge from data', especially when used in conjunction with a classification. The descriptive key idea is in harmony with the Data Analysis Philosophy, with its message: *Let the data speak for themselves!* Statistical analysis should remain 'impervious to the expectations and prejudices of researchers' (Benzécri, 1973) and encourage an exploratory attitude toward data." (Le Roux & Rouanet, 2004. s. 6,10, min kursivering)

I stedet for udelukkende at teste modeller og undersøge, hvor godt et 'fit' disse modeller har med data, er vi nødt til at *beskrive* relationerne i data. Brugen af denne procedure skal gå *før* brugen af inferentiell statistik. Den grundlæggende filosofi bag GDA er at lade 'tallene tale for dem selv', dvs. at forsøge så forudsætningsløst som overhovedet muligt at beskrive de strukturer og relationer, der findes mellem tallene, når de konstrueres som en sky af punkter. Det betyder dog ikke, at man efterfølgende er udelukket fra at bruge de mere traditionelle inferentielle statistiske procedurer. Det er stadig muligt, at granske beskrivelserne nærmere med henblik på at afgøre, om det man er nået frem til kan generaliseres til den population stikprøven, er trukket fra (såfremt der er tale om en tilfældig stikprøve). For GDA er det bare vigtigt at holde fast i, at man må *beskrive* data, før end man kan generalisere på baggrund af dem.

Men der er ikke kun en affinitet mellem Bourdieus teoretiske framework og GDA. Det er også muligt at argumentere for, at GDA lever op til centrale aspekter af Adornos sociale fysiognomik: 1) For det første fremhæver GDA gennem sine rumligt-geometriske producerer relationer mellem individer og fokuserer på *totaliteten* af disse. Formålet er at konstruere den *samlede* sky af punkter, og denne sky kan rent teoretisk betragtes som samfundstotaliteten. (Det følger af, at Adorno definerede samfundet som 'summen' af relationer mellem de individer, som indgår i det (for en udlægning af Adornos begreb om samfund se Hansen, 2004, s. 76-83)). 2) I forlængelse af det kan man argumentere for, at vanskelighederne ved at repræsentere individskyen og egenskabsskyen simultant, er et udtryk for den fundamentale ikke-identitet mellem individ og samfund, og det dialektiske (og dermed stærkt modsætningsfyldte) forhold mellem de to dele. Dette lader sig nemlig kun gøre gennem en ortogonal projicering af de principale akser i den ene sky på de principale akser i den anden, hvilket fører til en forvrængning og et tab af information, der ikke kan genskabes (Le Roux & Rouanet, 2004, s. 45-7). At

de to skyer ikke kan reduceres til hinanden uden forvrængninger er netop udtryk for at samfundstotaliteten er *mere* end summen af individerne og de relationer de indgår i med hinanden. 3) Slutteligt er GDA en *induktiv* procedure, der forsøger at operere med så få forudsætninger som overhovedet muligt; forudsætninger der udspringer direkte af det formelt-matematiske niveau i proceduren. Idealet er som nævnt at lade 'tallene tale for sig selv', og det har mange affiniteter med Adorno's vision om at sikre 'genstandens forrang'. Når GDA samtidig er afhængig af, at strukturerne må fortolkes og udlægges (Adorno kalder det 'tydninger') med udgangspunkt i de mønstre og spor, som de enkelte punkter i de to skyer afgiver, flugter det yderligere med Adornos forestilling om, at det er de intransitive processer samfundstotaliteten udgøres af, som er målet for sociologiens 'tydninger' (se Hansen, 2004, s. 86-91). Selve tydningen forudsætter derfor også andet og mere end blot at lade 'tallene tale for sig selv', fordi den netop sigter på at benævne de underliggende strukturer, der har placeret punkterne, netop der hvor de er placeret i relation til hinanden. En tilfredsstillende udlægning af, hvorfor punkterne er placeret, som de er, kan altså ikke lade sig gøre uden intervention af sociologisk teori, der bryder med den rene beskrivelse.

Men hvis alle disse betragtninger baner vejen for at knytte GDA til det teoretiske perspektiv, der har været dominerende gennem denne afhandling, mangler vi stadig at forklare mere detaljeret, hvad det helt præcist er for resultater, der kommer ud af korrespondanceanalyserne.

Et forsøg på en forklaring af GDA

Udgangspunktet for GDA – i hvert fald i sin simpleste form dvs. som korrespondanceanalyse – er krydstabeller. Målet er at 'oversætte' informationerne heri til en geometrisk fremstilling i så få dimensioner som muligt med så lille et tab af data og information som overhovedet muligt. For at forstå, hvordan det hænger sammen, må man betragte data i krydstabellen som *vektorer*, dvs. som koordinater knyttet til bestemte punkt i den sky, man analyserer. For at beregne vektorerne udregnes i første omgang procentandelene for hver af *rækkeprofilerne*, og når det er gjort, kan hver af disse procentandele betragtes som koordinatet på de respektive dimensioner i punktshylen. Det er nemt nok at forstå, når der kun er 3 dimensioner, hvilket svarer til et fysisk rum. Det er straks sværere, når man har at gøre med en multidimensional punktshy med n dimensioner. Men princippet er det samme, og man vil i teorien kunne opsummere krydstabellens information i en grafisk repræsentation af i alt x punkter i et n -dimensionalt rum.

Vi kan eksemplificere pointerne med tabel 5.1 nedenfor. Udgangspunktet er i dette tilfælde kolonneprofilerne, hvilket gør det til et spørgsmål om at beskrive, hvordan holdningerne til sygefravær varierer på tværs af sociale klasser. Punktshylen består af i alt 6 punkter (ét punkt for hver social klasse), der er placeret i et tredimensionalt rum (én dimension for hver af rækkeprofilerne). Punktet 'managerial' vil have koordinaterne: $x: 0,390$; $y: 0,483$; $z: 0,126$. Hvis der havde været flere dimensioner, ville det ikke have været muligt at præsentere resultaterne grafisk, da vi ikke kan visualisere mere end 3 dimensioner af gangen. Koordinaterne for kolonnen 'Total' indeholder gennemsnitsprofilen for hele stikprøven og er punktshyens centrum (eller barycenter/centroid i GDA-terminologien). Ved hjælp af koordinaterne ville man kunne beregne de Euklidiske distancer mellem de enkelte punkter i punktshyen. Store distancer betyder, at profilerne er meget forskellige fra hinanden, mens punkter, der ligger tæt på hinanden, har mere ens profiler. Den samlede forskel i krydstabellen kaldes for punktshyens inertie (Φ^2) og beregnes på baggrund af χ^2 for tabellen ved hjælp af formlen: $\Phi^2 = \chi^2 / n$. I dette tilfælde giver det

$252,675/13.878 = 0,0182$. En ret beskeden interti, der tilsyneladende dækker over, at holdninger til sygefravær ikke varierer så meget på tværs af sociale klasser, som man kunne tro.

Tabel 5.1 Krydstabel mellem social klasse og holdninger til sygefravær. Pct.

Eriksson-Goldthorpe-Portocarero (EGP-6)							
Holdninger til sygefravær	Managerial	Routine	Self-emp	Skilled work	Unskilled work	Agriculture	Total
Konservativ	0,390	0,363	0,553	0,530	0,460	0,630	0,430
Balanceret	0,483	0,505	0,352	0,383	0,418	0,313	0,452
Liberal	0,126	0,131	0,094	0,087	0,122	0,057	0,119
Total	0,408	0,184	0,051	0,105	0,231	0,022	1,000 (n= 13.878)

Formålet med den geometriske dataanalyse er at få reduceret den kompleksitet punktskyen indeholder og i stedet nå frem til en række dimensioner (principale akser), der på bedste vis beskriver punktskyen – dvs. opsummerer så meget af forskellen som overhovedet muligt i så få dimensioner som overhovedet muligt. Punktskyen vil i vores tilfælde maksimalt have 2 dimensioner⁵, men man kan i teorien forestille sig, at den kan opsummeres fuldkommen ved hjælp af én dimension. Det afgør man ved at dekomponere punktskyens samlede inert i i principale akser. Princippet for at nå frem til disse principale akser er på mange måder lig den procedure, der findes i den lineære regression (dvs. ordinary least squares). Men i stedet for at finde den linje, der minimerer den samlede kvadrerede afstand mellem punkterne og linjen, søger man efter den *flade* som på samme tid maksimerer den del af inertien der opsummeres i fladen, og som samtidig minimerer den resterende inert i (residualet). Denne fremgangsmåde gentages til der ikke længere er nogen resterende inert i, og punktskyens samlede inert i dermed er dekomponeret i de fundne principale akser. Det betyder også, at den første principale akse opsummerer mest af den totale inert i i punktskyen, den anden akse opsummerer næstmest og så fremdeles.

Tabel 5.2 Principale inertiværdier samt rater af forklaret varians.

Akse	Eigenverdier	% af samlet variation
1	0,01779	97,7
2	0,00042	2,3
I alt	0,01821	100,0

Tabel 5.2 opsummerer de to akser i korrespondanceanalysen af tabel 5.1. Tilsammen giver de to aksers eigenverdier den samlede inert i i krydstabellen dvs. 0,0182. Vi kan af tabellen konstatere, at krydstabellen tilnærmelsesvis kan opsummeres med en linje, da den første principale akse opsummerer 98% af den samlede inert i i punktskyen. Men det er dog også muligt at fortolke den anden principale akse, selvom den kun har mindre betydning. Det andet tabelmateriale, der kommer ud af korrespondanceanalysen er beregningen af de enkelte punkters placering på hhv. første og anden principale akse, ligesom man kan beregne, hvor meget de enkelte punkter bidrager til aksernes

orientering, og hvor godt akserne 'beskriver' punkterne. Alle disse informationer kan vi se i tabel 5.3. Vi kan konstatere, at langt de fleste af punkterne bliver beskrevet næsten udelukkende af den første principale akse. Det er stort set kun modaliteterne 'liberale fraværsnormer' og 'unskilled worker', hvor den anden akse opsummerer værdifuld information. Koordinaterne kan bruges til at indtegne punkterne i den todimensionale flade, sådan som det er gjort i figur 5.1. Kortet fortolkes ud fra princippet om, at punkter, der ligger fjernt fra hinanden, er mest forskellige, og punkter, der ligger tæt på hinanden, ligner hinanden mest. Som hjælpemiddel kan man endvidere bruge kolonnen, der angiver punktets bidrag til aksens inerti. Vi kan f.eks. se, at for rækkeprofilerne bidrager punktet 'konservative holdninger' med 56,9% af variansen. Jo større bidrag et punkt har til en given akse, desto større betydning skal det tillægges i fortolkningen af, hvad det er for forskelle, der opsummeres gennem denne akse. Af tabellen kan vi også se, at analysen består af to dele – en analyse af kolonneprofilerne (social klasse) og en analyse af rækkeprofilerne (fraværsnormer). Bidragene fra de tre rækkeprofiler giver i alt 100%, og det samme er tilfældet for kolonneprofilerne.

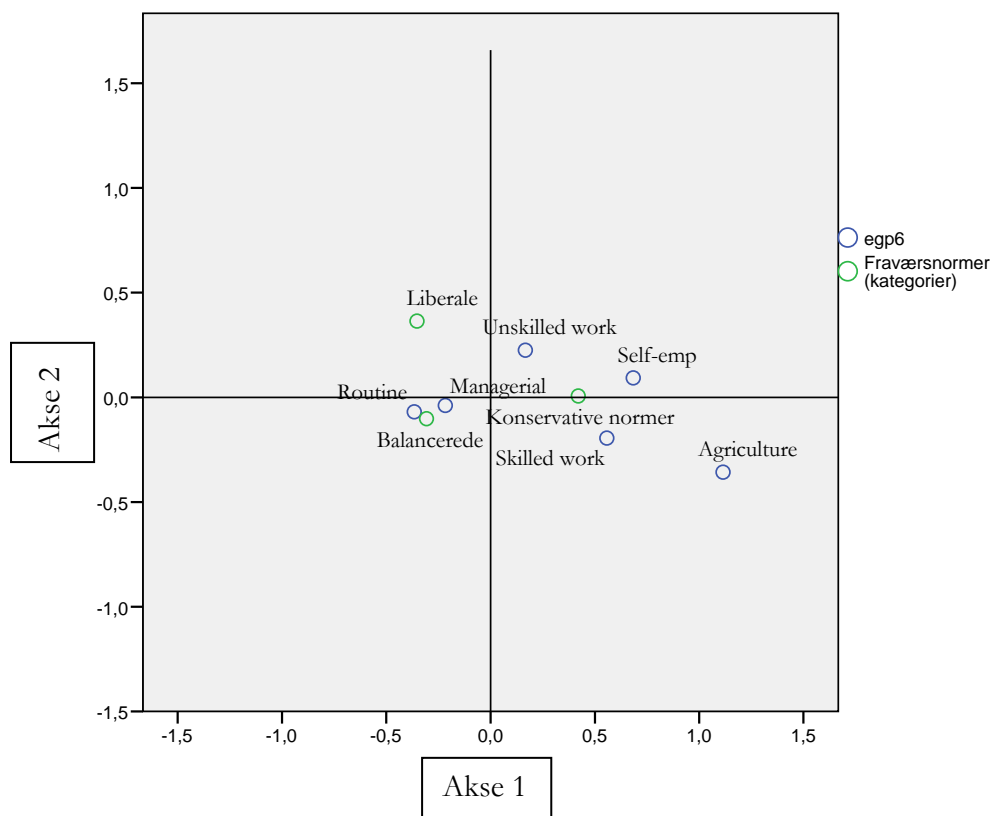
Tabel 5.3 Koordinater i de principale akser. Bidrag og kvalitet.

	Koordinater		Bidrag (Pct)		Kvalitet (Pct)	
	1. akse	2. akse	1. akse	2. akse	1. akse	2. akse
Konservative holdninger	+0,420	+0,006	56,9	0,0	100,0	0,0
Balancerede holdninger	-0,307	-0,102	32,0	22,9	98,3	1,7
Liberale holdninger	-0,353	0,364	11,1	77,0	86,0	14,0
Managerial	-0,217	-0,039	14,4	3,0	99,5	0,5
Routine	-0,366	-0,069	18,5	4,3	99,5	0,5
Self-emp	0,684	0,093	17,7	2,1	99,7	0,3
Skilled worker	0,557	-0,195	24,5	19,5	98,2	1,8
Unskilled work	0,167	0,225	4,8	57,5	78,2	21,8
Agriculture	1,114	-0,357	20,1	13,5	98,5	1,5

Hvis vi forsøger at fortolke akserne, gøres det ved at finde de modaliteter, der bidrager mest, hvilket sammenholdes med deres placering langs aksens. Modaliteten, der angiver 'konservative holdninger', bidrager klart mest og er placeret i højre side af den første principale akse. Modaliteten 'balancerede holdninger' bidrager også meget til den første aksens orientering, men er placeret i den venstre side af aksens. Den første principale akse modstiller altså dem med konservative holdninger til fravær, og dem der har enten balancerede eller liberale holdninger til fravær. På samme måde modstiller den første principale akse Serviceklasse 1+2 med de øvrige klasser i Eriksson-Goldtorpe's klasseskema. Hvis vi vender os mod den anden principale akse kan vi se, at det for rækkeprofilerne er modaliteterne 'liberale holdninger' og 'balancerede holdninger', der modstilles langs den anden akse. For kolonneprofilerne er modaliteterne 'skilled worker', og 'agriculture' placeret i den nederste del af aksens, og 'unskilled worker' i den øverste del. Fortolkningen af denne akse – som vi husker på – er af meget ringe betydning for punktskyen som helhed, kan altså forstås som en akse, der skelner mellem dem, der har liberale holdninger til fravær fra dem, der har balancerede holdninger til fravær.

Det anvendte eksempel er ekstremt forsimplet, og lader slet ikke GDA og dets potentiale komme til sin ret. Men principperne dvs. fortolkningen af akser ved hjælp af de enkelte modaliteters bidrag, er identisk, også selvom man udvider analysen til flere variable, eller man går fra analysen af krydstabeller til analysen af individ*variabel tabeller, sådan som det er princippet med den multiple korrespondanceanalyse (MCA). Der er en række ændringer omkring fortolkningen af den samlede inerti – men det har ingen praktisk relevans udover, at man skal være opmærksom på, at den samlede inerti er et produkt af de udvalgte variable, og derfor i princippet er arbitrært på en anden måde end inertiraten er det i den simple korrespondanceanalyse. Det gør det matematiske grundlag for analysen vanskeligere at forstå og formidle, men det ændrer som sagt ikke fundamentalt ved den måde man tolker outputtet på. Den væsentligste forskel mellem KA og MCA er, at i MCA består den ene punktsky af de individer, som indgår i undersøgelserne i stedet for variable. Individerne bærer dermed principielt al den information, som findes i analysen (fordi punkterne i egenskabsrummet svarer til gennemsnittene af individernes placering i den multidimensionale sky).

Figur 5.1 Projektion af holdninger til sygefravær og social klasse i flade 1.2



Det mest kendte eksempel på brugen af MCA er selvfølgelig Bourdieu's fremstilling af det sociale rum i Distinktionen, hvor han analyserer sig frem til netop 3 dimensioner, som har betydning: én akse, der skelner mellem dem med en hhv. høj og lav volumen af samlet kapital (økonomisk, kulturel og social), en anden akse, der skelner mellem den indbyrdes fordeling af kapital (overvægt af kulturel kapital vs. overvægt af økonomisk kapital) samt en tredje, der skelner mellem individer baseret på deres 'senioritet'

i feltet – dvs. hvor lang tid de (og dermed også deres familie) har været en del af felten og om de er på vej frem eller på vej ned af den sociale rangstige (Bourdieu, 1984, s. 114-25). Hos Bourdieu er der ikke kun taget udgangspunkt i egenskabsrummet. Individrummet bliver også præsenteret ved hjælp af markeringer af, hvor individer, der tilhører forskellige grupper af erhverv, placerer sig i det sociale rum og i livsstilsrummet (der er homologe med hinanden) (se kortet i Bourdieu, 1984, s. 128-9). I dag ville man formentlig have præsenteret placeringen af disse individer ved hjælp af koncentrationsellipser, sådan som det gøres nedenfor i min analyse af arbejdsvilkårsrummet. Principperne er dog grundlæggende de samme, selvom den bagvedliggende matematik er blevet videreudviklet, og de statistiske programmer til at gennemføre analyserne med er blevet langt mere kraftfulde.

I modsætning til det store flertal af i hvert fald danske forsøg på at bruge MCA er formålet med den analyse, der præsenteres nedenfor ikke at efterprøve Bourdieus tanker om det sociale rum for at afgøre, om det er muligt at replicere fundene fra *Distinktionen* (for forsøg i den retning se f.eks. Harrits, 2005; Skjøtt-Larsen, 2008). Formålet er derimod at tage GDA i anvendelse pga. dets affinitet med den Adornoske version af sociologi, dvs. 1) fokus på totaliteten (og dermed konteksten for den måde sygefravær praktiseres som en handling), 2) dualiteten og ikke-identiteten mellem individ og samfund (i GDA termer mellem individsky og egenskabssky) og 3) den fundamentalt eksplorative tilgang, der gør det muligt at respektere genstandens forrang i langt højere grad end via almindelige kvantitative metoder.

Som det fremgår ovenfor er brugen af GDA dog afhængig af nogle klare teoretiske idéer om, hvilket geometrisk rum (eller hvilket 'felt' eller hvilken 'totalitet') de egenskaber, man anvender i analysen, er tænkt at repræsentere og definere. Hvor det i Bourdieus tilfælde var livsstil, og den overordnede fordeling af magt (i det sociale rum) som var interessen, er det i dette tilfælde i stedet intersektionen mellem arbejde, helbred og praktiseringen af sygefravær, som er interessant. I første omgang er det således på tale at konstruere et 'arbejds miljørum' eller et 'arbejdslivsrum', forstået som det rum, der udgøres af de distinktioner, der kan observeres mellem de erhvervsaktive danskeres arbejdslivsforhold, herunder i særdeleshed deres fysiske og psykiske arbejdsmiljø. Målet er således at opnå indsigt i, hvad det er for en arbejdsmæssig kontekst, indenfor hvilken bestemte måder at praktisere sygefravær eller sygenærvær foregår.⁶

Helt konkret foregår dette ved, at vi tager i alt 39 spørgsmål fra ASUSI-undersøgelsen, og analyserer dem via MCA, for på den måde at konstruere et arbejdslivsrum. På den måde skulle vi gerne nå frem til en beskrivelse af de dominerende kløfter i de erhvervsaktive danskeres arbejdsliv. Målet bliver herefter at undersøge, hvorvidt sygefraværet praktiseres forskelligt i de forskellige dele af dette rum, ligesom jeg vil forsøge at projicere oplysninger om social klasse, økonomi, uddannelse og helbred ind i arbejdslivsrummet, for på den måde at undersøge individskyen nærmere ved hjælp af forskellige strukturerende faktorer. På baggrund af dette vil det være muligt at komme nærmere en forståelse af, om sygefravær praktiseres på samme måde uafhængigt af positionen i arbejdslivsrummet. Sådanne forskelle på tværs af rummet, der kan tale for, at der sker en u hensigtsmæssig reduktion af analyserne, såfremt de foretages ud fra den homogeniserende forudsætning, at konteksten ingen rolle spiller for sygefravær. Ligeledes kan vi på baggrund af MCA analyserne tage stilling til, hvilke emner det vil være mest hensigtsmæssigt at fokusere på i afhandlingens sidste kapitel. Her dykkes der endnu længere ned i kontekstuelle forhold ved hjælp af kvalitative metoder, og de fortællinger som erhvervsaktive spredt ud i hele arbejdslivsrummet har berettet om deres eget eller deres kollegaers sygefraværspraksis.

Analyse af arbejdslivsrummet

Udvælgelse af variable

Efter disse inledende metodologiske betragtninger er det på tide at vende sig mod det GDA-inspirerede forsøg på at beskrive den kontekst, hvori sygefraværet praktiseres blandt medlemmerne af kernearbejdsstyrken. De grundlæggende principper for udvælgelse af variable til den multiple korrespondanceanalyse er '*homogeneity*' og '*exhaustivity*'. Førstnævnte princip dækker over det forhold, at 'alle variable i tabellen skal være af den samme natur' (Le Roux & Rouanet, 2004, s. 14). Hvad Benzécri helt præcist mener med samme 'natur' fremgår ikke direkte af Le Roux og Rouanet's tekst⁷, men man kan formode, at det blandt andet betyder, at variablene bør have det samme antal kategorier. Dette er en vigtig forudsætning, fordi MCA som nævnt ovenfor kan være stærkt påvirket af variable med kategorier med få respondenter, ligesom variationen i såvel individ- som egenskabsrummet stiger med et stigende antal kategorier. Det betyder, alt andet lige, at en variabel med mange kategorier påvirker udformningen af rummet mere end en variabel med få kategorier. For at komme dette arbitrære forhold til livs skal man således forsøge at gøre variablene så homogene som overhovedet muligt (for en eksplikation af de matematiske begrundelser for disse forhold se Le Roux & Rouanet, 2004, s. 194-6). En anden måde at tackle problemet på er ved at teste det konstruerede rums 'stabilitet', hvilket f.eks. kan gøres ved at se på omfanget af ændringer, hvis man ændrer variablene, så de har færre kategorier (for en diskussion af dette se kapitel 7 i Le Roux & Rouanet, 2004, s. 269-96).

Af lige så stor vigtighed er det andet princip, princippet om udtømmenhed, da det bryder med det – indenfor statistikken – mere gængse princip om parsimoni i statistiske modeller (for et eksempel på det se Hosmer & Lemeshow, 1989, s. 82-3). Ligeså bryder det med det klassiske videnskabelige princip om, at den mest simple teori er at foretrække fremfor en mere kompleks (for en kritik af idealet om simplicitet se Adorno, 1976c, s. 110-1). Om princippet er i modstrid med Adornos forestilling om, at man aldrig kan nå en fuldkommen udtømmende beskrivelse af et fænomen, kan man diskutere. Hvis Benzécri's ideal var lige netop at nå til en *endelig* og helt udtømmende beskrivelse af det studerede fænomen, er det naturligvis uforeneligt med Adorno. Men hvis man læser Benzécri's fordring som et udtryk for, at man bør inkludere alle relevante informationer til at belyse et givent fænomen, kan man i stedet betragte princippet om udtømmenhed som noget, der ligger i forlængelse af Adorno's vision om at give 'genstanden forrang'. Valget af variable kan siges at opfylde kriteriet om udtømmenhed, hvis de tilsammen udgør eller indeholder elementerne til et selvstændigt forskningsfelt. På mange måder er det dog ikke mere anderledes end det forhold, at man også kan fejlspecificere en regressionsmodel, og dermed nå frem til 'biased' resultater. Men at man ikke eksplicit søger efter den mest *primitive* beskrivelse af data, men derimod aktivt forsøger at fastholde virkelighedens *multidimensionale* struktur, bryder med princippet i gængse kvantitative metoder.⁸

Tabel 5.4 Variable anvendt til at konstruere arbejdslivsrummet⁹

Variabelnavn	Antal kategorier
Arbejdstid	
Faktisk ugentlig arbejdstid	4
Hyppighed af overarbejde (Overarb)	5
Arbejdstidspunkt	3
Aftenarbejde (Aftarb)	3
	I alt: 15
Arbejdssted	
Arbejdssted (hjemme vs. ude)	3
Pendling (Pend)	6
Virksomhedsstørrelse	4
Sektor	3
Mad & Drikke (ja/nej)	2
Rådgivning (ja/nej)	2
Massage (ja/nej)	2
Ekstra sygesikring (ja/nej)	2
	I alt: 24
Sociale relationer til kollegaer	
Samarbejde (Samarb)	3
Arbejdsklima (Klim)	4
Støtte fra kolleger (StøtteK)	3
Ancienitet	5
	I alt: 15
Krav	
Konstant tidspresstet (TimeP)	5
Afbrydes hyppigt (Interrupt)	5
Krav (Krav)	6
	I alt: 16
Tryghed i ansættelsen:	
Tidsbegrænset stilling	2
Risiko for at blive sagt op (RisikoFyr)	5
Bekymret for at blive overflødig (Overflødig)	5
	I alt: 12
Indflydelse:	
Uønskede forandringer (UønskF)	5
Indflydelse (Indfl)	6
Stimulerende (Stim)	6
Ledelsesansvar (Leder)	2
	I alt: 19
Fysisk arbejdsmiljø:	
Tid med computer (Comp)	6
Fysisk hårdt arbejde (Tung)	8
Ensidigt gentagende arbejde (EGA)	8
	I alt: 22
Ledelse:	
Behandler mig som individ (Individ)	3
Har kun øje for fejl (Fejl)	3
Er ikke til stede (Absent)	3
Opsøger forskellige meninger (ForskMen)	3
Støtte fra leder (StøtteC)	3
Anerkendelse fra leder (RespektC)	3
	I alt: 18
Familie:	
Huslige pligter forsømt (Huspligt)	5
Familieforpligtelser forsømt (Fampligt)	5
Børn	3
Samlivsstatus	3
	I alt: 16
Samlede antal kategorier i arbejdslivsrummet:	154

Af tabel 5.4 fremgår samtlige 39 variable, der har indgået i konstruktionen af arbejdslivsrummet.¹⁰ Som man kan se, er der tale om brug af mange af de samme variable, der allerede indgår i én eller flere af de analyser, som blev præsenteret i kapitel 4. Men i stedet for at se på den selvstændige og direkte effekt af én enkelt variabel af gangen, handler det altså her om at se, hvordan disse variable er forbundet til hinanden, og hvorvidt danskernes sygefraværspraktikker er spredt ud i det rum variablene udgør på en meningsfyldt måde.

Variablene er delt ind i 9 temaer, der dækker et forholdsvist bredt udsnit af forhold, man tidligere har undersøgt i sammenhæng med sygefravær og arbejdsmiljø mere generelt. Sammenligner man valget af variable i tabellen nedenfor med dem, der bliver anvendt i Den Nationale Arbejdsmiljøkohorte (NAK), vil man se, at der er en række områder, som slet ikke belyses. Det gælder blandt andet spørgsmål, der relaterer sig til indeklima, støj, vibrationer samt udsættelse for kemiske virkemidler (se Burr, Bach, Gram & Villadsen, 2006). Udeladelsen af disse arbejdsforhold fra konstruktionen af rummet må med rette få én til at spørge om kriteriet vedrørende et udtømmende valg af variable er overholdt. Det er dog ikke nogen enkel opgave at svare på dette, da det jo – i hvert fald delvist – afhænger af, hvilke arbejdsforhold, der tidligere har vist sig at være af betydning for sygefravær, eller som man har en forventning om, vil være det. For vibrationer og udsættelse af kemiske virkemidler er der tale om forhold, der er så relativt sjældne (der er i begge tilfælde tale om forhold som mindre end 5% af de erhvervsaktive danskere eksponeres for, og som man i det hele taget har gjort meget for at reducere generne fra), at det næppe vil have den store betydning for resultaterne. Derimod er det endog meget kritisabelt, at støj og indeklima ikke indgår i analysen, da en stor andel af den erhvervsaktive del af befolkningen udsættes for dette. I 2005 var det ifølge NAK omkring 1/3 som blev udsat for generende støj, og omkring 15% som havde et eller flere problemer med træk, varme eller belysning, der gjorde indeklimaet belastende.

I denne sammenhæng er det dog mindre problematisk, da formålet med analysen primært er at illustrere en alternativ tilgang til analysen af sygefraværsfænomenet, som forsøger at tænke konteksten for fænomenet ind i selve analysen. Dvs. formålet er ikke at nå til en præcis beskrivelse af danske erhvervsaktives arbejdsmiljø, sådan som det f.eks. er tilfældet med NAK. Til det forhåndværende formål er det derfor rimeligt at antage, at der er tilpas stor bredde i udvalget af arbejdsvilkår til, at man ville kunne finde meningsfulde forskelle i kontekstens betydning for danskernes sygefraværspraktikker. Princippet om homogenitet er lidt sværere at opfylde, men det er tilstræbt, at hvert af de 9 temaer har et nogenlunde identisk antal aktive kategorier med i analysen. Som vi skal se nedenfor, er der heller ikke noget, der tyder på, at netop de variable, der har flest kategorier kommer til at betyde mest i analysen. Når man tager disse variable ud for at teste løsningens stabilitet f.eks. ved at inkludere dem som supplementærpunkter, ændrer det heller ikke fundamentalt ved aksernes fortolkning og den grundlæggende struktur i arbejdslivsrummet.

Antal af fortolkede akser

Det første, der skal tages stilling til i forbindelse med konstruktionen af arbejdslivsrummet er, hvor mange akser det er muligt og ønskværdigt at fortolke på. Idealet er som nævnt ovenfor at få en så optimal repræsentation af de mange variable og deres modaliteter ved hjælp af så få akser som muligt. Men anerkendelsen af udtømmenhed som et ledende princip for den beskrivende analyse af arbejdslivsrummet indebærer – om ikke andet så i hvert fald indirekte – en accept af, at rummet ikke lader sig opsummere fuldstændigt af én eller for den sags skyld fem akser. Virkeligheden er multidimensional og det vil vores empiriske beskrivelser af den derfor også skulle være. Af tabel 5.5 nedenfor kan vi se eigenværdierne og inerti-raterne (både de rå og de modificerede)¹¹ for de første 10 akser. Figur 5.2 præsenterer et screeplot af de modificerede eigenværdier, da man også af og til benytter plottet til at afgøre, hvor mange akser man bør fortolke (se f.eks. Bartholomew, Steele, Moustaki & Galbraith, 2002, s. 97-9).

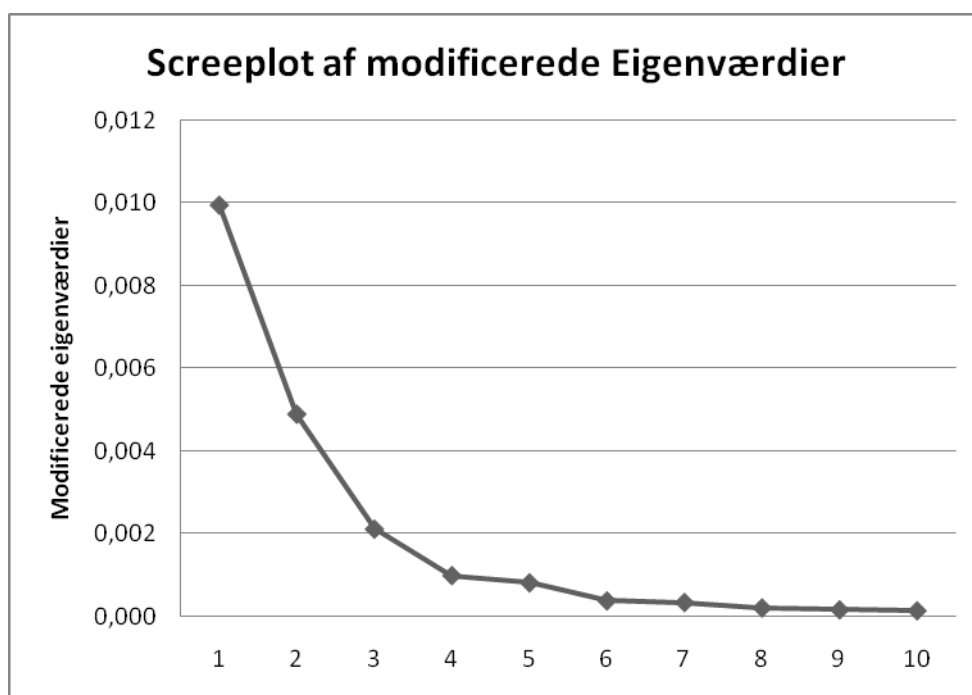
Tabel 5.5 Principale inertiværdier samt rater af forklaret varians for de 10 første akser.

Akse	Eigenværdier	Modificerede inertirater (Benzécri-metode)	% af samlet varians	Kumuleret % af varians
1	0,1253	0,0099	48,14	48,14
2	0,0956	0,0049	23,72	71,87
3	0,0717	0,0021	10,28	82,15
4	0,0573	0,0010	4,86	87,01
5	0,0544	0,0008	4,01	91,02
6	0,0455	0,0004	1,90	92,92
7	0,0445	0,0004	1,71	94,64
8	0,0406	0,0002	1,08	95,72
9	0,0389	0,0002	0,86	96,57
10	0,0380	0,0002	0,75	97,32

Afhængigt af hvilket princip man vælger, kan man argumentere for, at der indledningsvist skal fortolkes på enten 3 eller 5 principale akser. Vælger man princippet om, at løsningen bør 'forklare' mindst 80% af

variationen i akserne, er 3 principale akser tilsyneladende nok. Hvis man i stedet vælger det inden for faktoranalysen¹² gængse princip om at lave et scree-plot og finde de dimensioner, der kommer før knækket på kurven (det såkaldte 'albue-princip') - når man op på 5 akser. Ulempen ved sidstnævnte princip er, at vi i dette tilfælde kommer til at fortolke på en akse, som blot bidrager til 2% af den samlede variation i punktskyen. Det indikerer, at de forskelle, der beskrives bedst langs denne akse ikke er væsentlige for den samlede punktsky. Det er i denne sammenhæng vigtigt at skelne mellem *generelle* akser, der udtrykker forskelle, der er af vigtighed for *bele* individskyen, og *specifikke* akser, der normalt er af mindre betydning, og opsummerer forskelle mellem bestemte punkter eller grupper af punkter dvs for bestemte subgrupper af individer (Le Roux & Rouanet, 2004, s. 49). Det vigtigste kriterium af alle er dog, at det er muligt at gøre rede for, hvad det er for *substantielle* forskelle aksens fremhæver blandt de variable, som indgår i analysen (for en lignende pointe i forhold til faktoranalysen se Kim & Mueller, 1978, s. 45). Uden en sådan meningsfyldthed med aksens er den intet værd i et sociologisk øjemed.

Figur 5.2 Screeplot for de første 10 akser i arbejdslivsrummet.



Multipel korrespondanceanalyse (MCA) af arbejdsforholdsrummets første fem dimensioner

Første akse

Vi starter ud med at se på den første af de fem akser. Fremgangsmåden for fortolkningen er som illustreret ovenfor at undersøge hvilke variable og dernæst hvilke modaliteter (dvs. hvilke kategorier indenfor variablene), som bidrager mest til aksens retning og dens variation. I første omgang er vi interesseret i at finde de variable, der bidrager mere end gennemsnittet, hvilket i dette tilfælde vil sige 2,6%. Det gennemsnitlige bidrag findes vha. formelen: $1/Q$, hvor Q er lig antallet af aktive variable i

analysen dvs. i dette tilfælde 39. Samme manøvre kan vi foretage for de enkelte modaliteter. Her er formelen i stedet $1/K$, hvor K er lig antallet af aktive modaliteter i analysen dvs. 154. Dette giver et gennemsnitligt bidrag for modaliteterne på 0,65%. Til hjælp for fortolkningen af aksens sættes samtlige betydende variable og modaliteter op i et skema sorteret i forhold til deres betydning for aksens (dvs. rangeret efter størrelsen af deres bidrag til aksens retning og varians), og deres placering til højre eller venstre for aksens barycenter. Man får dermed tabel 5.6 for den første akse i arbejdslivsrummet ligesom man kan se et plot af denne aksens vigtigste modaliteter afbilledet i figur 5.3.

Tabel 5.6 Fortolkning af første akse: 22 variable, 49 modaliteter der bidrager mest til aksens.

Variable	Bidrag fra variable	Kategorier venstre	Kategorier højre	Bidrag venstre	Bidrag højre
Støtte:Chef	9,42	Altid	Aldrig	3,47	5,78
Arbejdsklima	9,26	Meget god	Nogenlunde god + Ikke så god + Dårlig	2,51	0,91+1,85+3,35
Stimulerende	8,62	Meget høj grad + Høj grad	Mindre grad + Ringe grad	2,10+1,47	1,35+3,33
Respekt:Chef	7,21	Enig	RespektC: % +RespektC: %%	2,06	0,89+4,27
Indflydelse	6,76	Meget stor	Ikke så stor + Lille	2,57	1,02+2,67
Støtte:Kollegaer	5,42	Altid	Aldrig	1,49	2,79
Individ	5,40	Ofte/Altid	Nogen Gange+Aldrig/Sjældent	1,38	2,60+1,42
Fejl	4,81	Aldrig/sjældent	Nogen gange+Ofte/Altid	1,21	0,75+2,85
Uønskede forandringer	4,35	Uenig	UønskF: +++++	1,31	2,28
Risiko for at blive sagt op	3,63	Uenig	RisikoFyr: +++ +RisikoFyr:++++	0,87	0,78+1,20
EGA	3,07	2	8	1,06	1,25
Aftenarbejde	3,05	>=Ugentligt	Aldrig	1,10	1,56
Tidspres	2,90		TimeP: +++ +TimeP: +++++		0,74+1,40
Overflødig	2,89	Slet ikke	En hel del	0,70	1,54
Forskellige meninger	2,76	Ofte/Altid	Aldrig/sjældent	1,29	1,23
Tungt arbejde	2,75	2	7/8	0,94	0,96
Arbejdssted	2,34	Arbejder mest ude	Arbejder kun ude	1,26	0,92
Forsømmer huslige pligter	2,16		Meste af tiden		0,93
Computerarbejde	2,07		Aldrig		1,01
Absent	2,03	Aldrig/sjældent	Ofte/Altid	0,93	0,77
Ledelsesansvar	1,83	Leder: JA		1,27	
Afbrydes hyppigt	1,05		Interrupt: +++++		1,05
				28,99	53,46
		I alt bidrag fra modaliteterne til aksens variation		82,45	

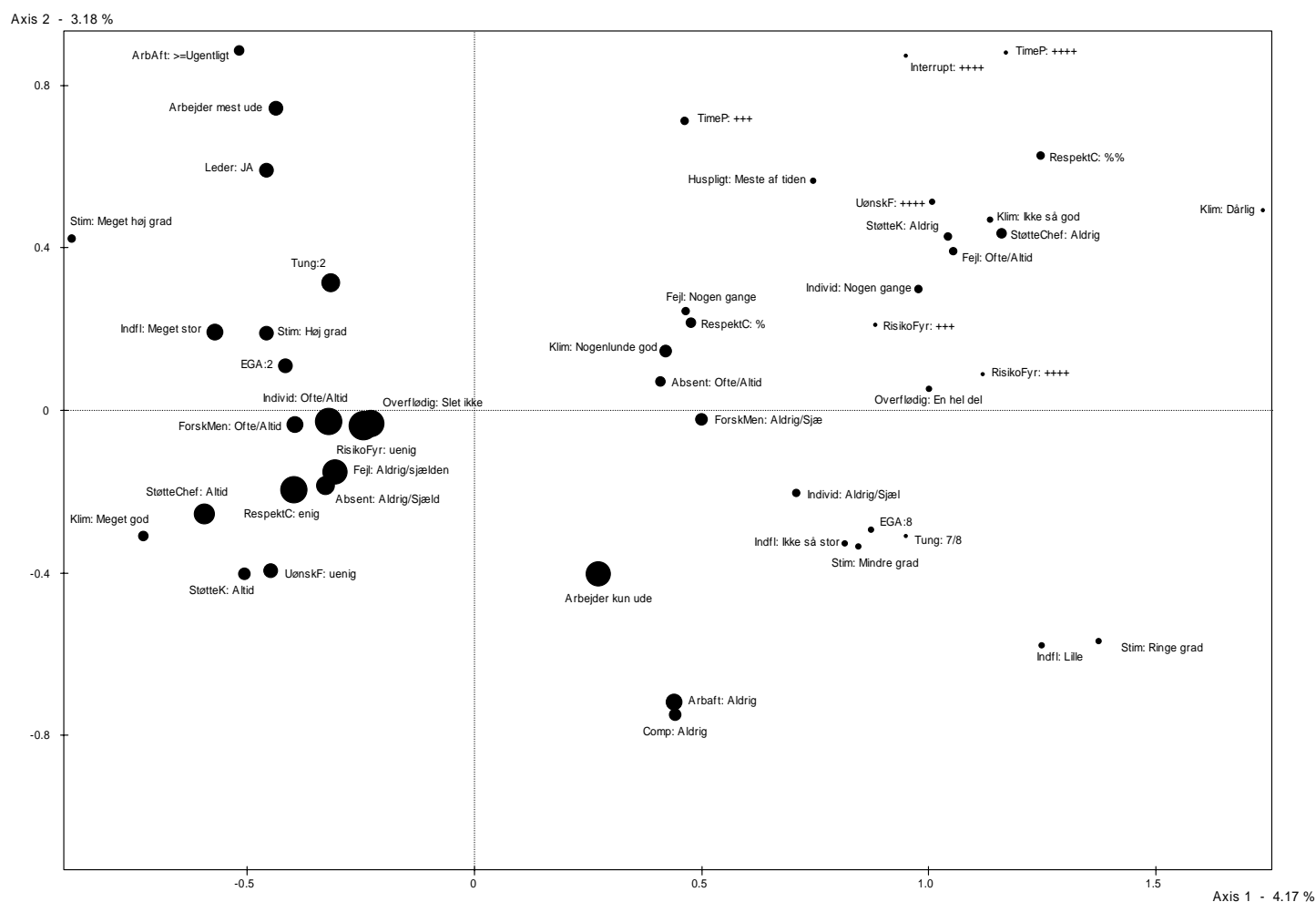
Der er i alt 16 variable med et samlet bidrag på mere end 2,6%, og yderligere 6 modaliteter fra andre variable, som bidrager mere end gennemsnittet. De vigtigste variable for defineringen af aksens retning er, om man oplever støtte fra sin chef i tilfælde af problemer, om det psykiske arbejdsklima på arbejdspladsen er godt eller dårligt, om arbejdet er 'stimulerende, engagerende og udviklende', om man bliver 'respekteret for sin arbejdsindsats af chefen' og om man har 'indflydelse på udførelsen og tilrettelæggelsen' af arbejdsopgaverne. Disse fire variable bidrager i alt med 41% af variationen i aksens.

Aksen er defineret ved graden af belastende arbejdsforhold af alle typer (dvs. både dem, der relaterer sig til det psykosociale arbejdsmiljø, fysisk arbejdsmiljø samt arbejdstid og fleksibilitet). Aksens højre side (dvs. de modaliteter, der har positive koordinater på den første akse) indeholder en række belastende arbejdsforhold, f.eks. at arbejdet ikke er stimulerende, at det kun i ringe grad bliver værdsat, at man har lille indflydelse over arbejdsopgaverne, at arbejdsklimaet er dårligt, og at man aldrig får støtte fra hverken kolleger eller ledelse. Det er modaliteterne på aksens højre side, som har størst betydning for dens orientering, da de tilsammen bidrager med 53% til aksens inertie. På den venstre side (som forklarer 29% af variationen i aksens) finder vi derimod modpolerne til dette: dvs. her er arbejdsforholdene generelt gode f.eks. med gode muligheder for udvikling og for at øve indflydelse på det man laver, og hvornår og hvor man gør det (idet man her har mulighed for at arbejde hjemme og taget noget af arbejdet med hjem og lave om aftenen, i stedet for at være bundet fysisk til ens arbejdsplads). Det er også i denne side af aksens, vi finder dem, der har ledelsesansvar, og dem der aldrig laver tungt arbejde eller skal udføre de samme bevægelser med armene gentagne gange i minuttet (EGA).

Det er lidt mere uvist, hvordan vi skal fortolke det forhold, at det er de belastende arbejdsforhold, der har størst betydning for aksens orientering, men det kan måske skyldes, at de fleste af de inkluderede spørgsmål fokuserer på decideret negative aspekter af arbejdslivet, og kun i meget ringe grad fokuserer på de aspekter, som kan betragtes som positive.

For at opsummere kan vi konstatere, at den første akse grundlæggende modstiller de modaliteter, der udtrykker belastende arbejdsforhold (højre side), og de modaliteter der udtrykker mere attraktive arbejdsforhold. Det er særligt de aspekter af arbejdslivet, der har at gøre med forholdet til ledelsen, indflydelse på jobsituationen og forholdet til kollegaer, som har betydning, men alle belastende arbejdsforhold bidrager til aksens orientering. Det mest grundlæggende skel i de erhvervsaktive danskere arbejdsliv er derfor mellem dem, som har belastende arbejdsforhold, og dem der har nogle relativt attraktive arbejdsforhold.

Figur 5.3 Flade 1-2. Fortolkning af første akse: 49 modaliteter der bidrager mest til aksens orientering. Punkternes størrelse er proportionelle til modaliteternes frekvenser.



Anden akse

Som det fremgår af tabel 5.7 (og den grafiske fremstilling af disse resultater i figur 5.4) kan man på den anden akse - i modsætning til den første - se, at modaliteterne med hhv. positive og negative koordinater forklarer en lige stor andel af variationen i akse. I den venstre side af denne akse finder vi de modaliteter¹³, der angiver, at man aldrig arbejder over, kun arbejder udenfor hjemmet (og aldrig har hjemmearbejdsdage), og som derfor heller aldrig tager arbejdet med hjem om aftenen eller i weekenden. De har også kun lille indflydelse på deres arbejdsopgaver og synes ikke, at deres arbejde er stimulerende og udviklende. Til gengæld er deres arbejde tilsyneladende også mere roligt (eller mindre 'stressende'): de oplever ikke noget tidspres eller afbrydelser i forbindelse med deres arbejdsopgaver, og de har heller ikke problemer med at leve op til deres familieforpligtelser som følge af den tid, de bruger på deres arbejde. I den højre side finder vi de modaliteter, der indikerer modsætningen til dette: det er dem, der har en høj grad af fleksibilitet og f.eks. tit tager arbejdet med hjem, arbejder over og som godt nok mest

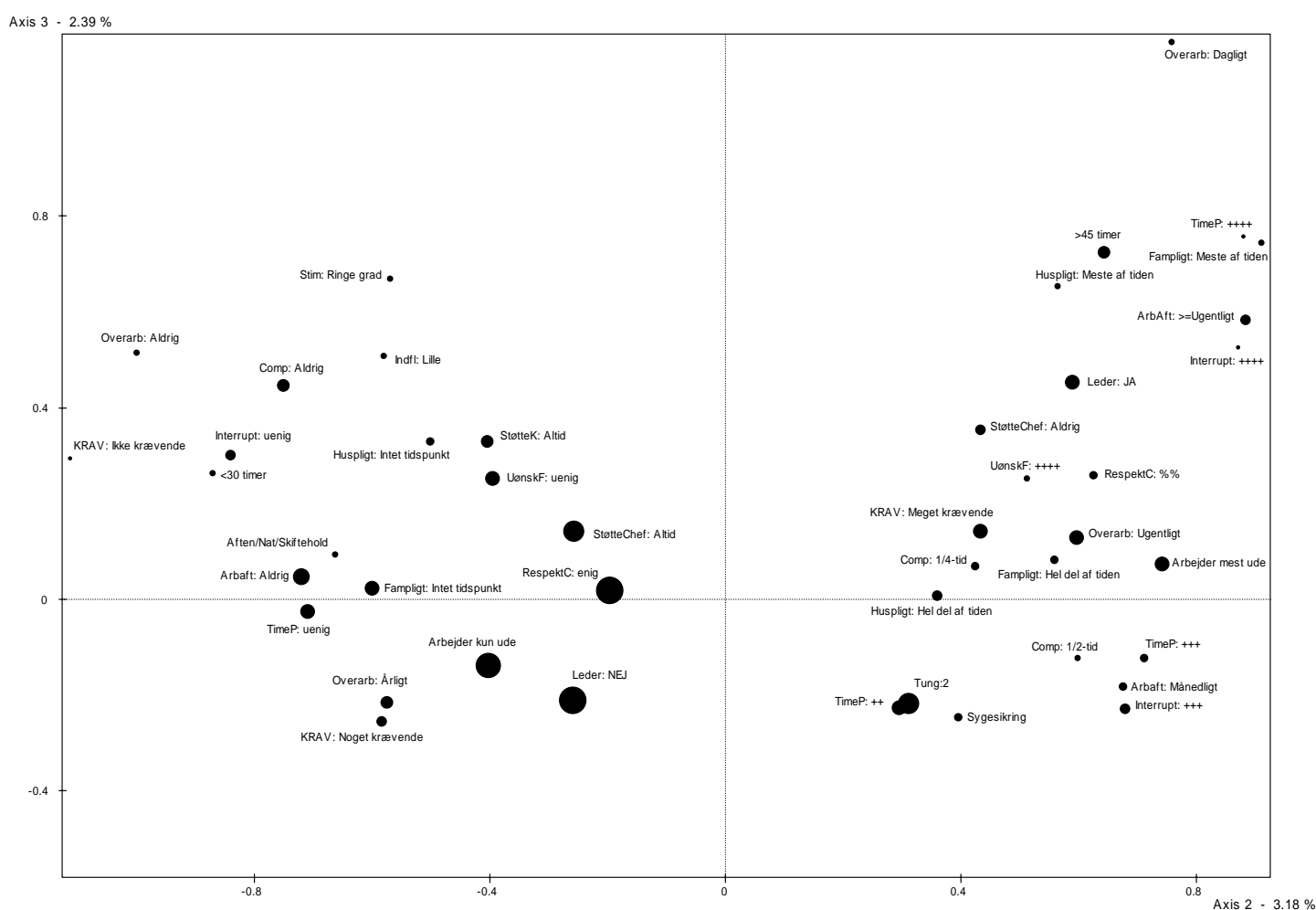
arbejder udenfor hjemmet, men også kan tage arbejdet med hjem. De arbejder ofte mere end 45 timer om ugen og oplever måske af den grund også ofte at være under konstant tidspres, hvorfor den førortalte fleksibilitet måske fører til, at man forsømmer sine familieforpligtelser (eller i hvert fald oplever, at det ofte er tilfældet).

Tabel 5.7 Fortolkning af anden akse: 20 variable, 44 modaliteter der bidrager mest til aksens.

Variable	Bidrag fra variable	Kategorier venstre	Kategorier højre	Bidrag venstre	Bidrag højre
Aftenarbejde	11,42	Aldrig	Månedligt+>=Ugentligt	5,44	1,73+4,24
Overarbejde	8,37	Aldrig+Årligt	Ugentligt+Dagligt	1,78+2,53	2,81+1,25
Arbejdssted	7,45	Arbejder kun ude	Arbejder mest ude	2,60	4,85
Computerarbejde	6,48	Aldrig	1/2-tid+1/4-tid	3,79	1,08+0,75
Afbrydes hyppigt	7,94	Uenig	Interrupt: +++ +Interrupt:++++	3,59	2,15+1,16
Tidspres	8,24	Uenig	TimeP: ++ +TimeP: +++ +TimeP: +++++	4,07	0,70+2,28+1,03
Forsømmer familieforpligtelser	6,60	Intet tidspunkt	Meste af tiden+Hel del af tiden	3,32	1,71+1,41
Krav	5,51	Ikke krævende+Noget krævende	Meget krævende	1,80+1,63	1,46
Arbejdstimer	4,65	<30timer	>45timer	1,33	2,76
Ledelsesansvar	3,98	NEJ	JA	1,20	2,78
Uønskede forandringer	2,94	Uenig	UønskF: +++++	1,34	0,77
Forsømmer huslige pligter	2,55	Intet tidspunkt	Hel del af tiden+Meste af tiden	0,96	0,76+0,70
Tungt arbejde	2,33		2		1,21
Respekt:Chef	2,31	Enig	RespektC: %%	0,66	1,41
StøtteKollegaer	2,19	Altid		1,26	0,92
Stimulerende	2,11	Ringe grad		0,75	
StøtteChef	2,00	Altid	Aldrig	0,86	1,06
Influence	1,38	Indfl: Lille		0,75	
Arbejdstidspunkt	0,86	Aften/Nat/Skiftehold		0,80	
Sygesikring	0,74		Sygesikring		0,66
				41,12	40,98
		I alt bidrag fra modaliteterne til aksens variation		82,10	

Grundlæggende kan man derfor tolke den anden akse som et udtryk for 'det grænseløse arbejde', dvs. at den adskiller de modaliteter, der har en meget lille grad af fleksibilitet i deres arbejdstid og -tilrettelæggelse med de modaliteter, som har en høj grad af fleksibilitet, og som derfor også har langt mere flydende grænser mellem arbejdsliv og familieliv på godt og ondt. I litteraturen bliver denne tendens til mere fleksibelt arbejde f.eks. omtalt som en 'afstandardisering' af arbejdet, der knytter sig til opkomsten af det senmoderne samfund eller det andet moderne. Der sker en individualisering af arbejdsforholdene, der gør arbejdet langt mere forskelligt på tværs af forskellige sociale klasser (se Beck, 1992, s. 139-50). Men som mange andre har peget på er denne udvikling ikke homogen på tværs af hele samfundet, ligesom den ikke er lige udbredt i alle dele af verden (Castells, 2003, s. 185-254). Men en central kløft i den danske kernearbejdsstyrkes arbejdsliv handler altså om, hvor standardiseret eller hvor fleksibelt arbejdet er blevet.

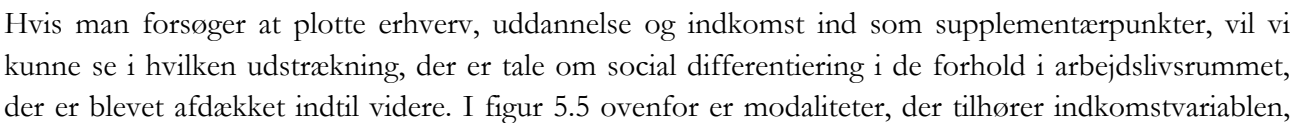
Figur 5.4 Flade 2-3. Fortolkning af anden akse: 44 modaliteter der bidrager mest til aksens



Social differentiering i arbejdslivsrummets første to akser

Et interessant spørgsmål, der rejser sig i forlængelse af analysen af de to første akser i arbejdslivsrummet, handler om, hvad der kendetegner de individer, som er placeret i de forskellige

Figur 5.5 Flade 1-2. Erhverv, uddannelse og husstandsindkomst som supplementærpunkter.



forbundet med en stiblet linje, mens modaliteter, der tilhører uddannelsesvariablen, er forbundet med en fuldt optrukket linje.

Som det fremgår af figuren er der en markant social differentiering langs arbejdslivsrummets første og anden akse. De individer, der har de højeste indkomster og den længste uddannelse, har de bedste arbejdsforhold og det mest fleksible arbejde. Det er f.eks. erhverv som læger, advokater, revisorer, ingeniører, direktører, som er placeret i flade 1-2's øverste venstre hjørne. I den modsatte ende af fladen finder vi de individer, der har de korteste uddannelser og tjener mindst. Det er f.eks. erhverv som rengøringsassistenter, skraldemænd, buschauffører, tømrere, hjemmehjælpere og en lang række andre lignende erhverv.

For både indkomst, uddannelse og erhverv er distancen mellem de mest ekstreme modaliteter langs både den første og den anden akse i alle tilfælde mindst 1 koordinatpunkt væk. Ifølge Le Roux & Rouanet kan man betragte distancer på mere end 1 som udtryk for 'store forskelle' mellem grupperne, mens distancer på mindre end 0,5 må betragtes som små (Le Roux & Rouanet, 2004, s. 234). Enheden for distancemålet er standardafvigelser. Når der er tale om en forskel på én standardafvigelse, svarer det derfor til – under forudsætning af, at akserne er normalfordelt – at mindre end 16% af individerne placerer sig med så lang afstand fra hinanden.¹⁴ Der er altså ganske store sociale forskelle i de erhvervsaktive danskeres arbejdslivsforhold, hvis man ser på de to første (og dermed mest betydningsfulde) akser i rummet.

Som man kan se er supplementærpunkterne i figur 5.5 placeret i en diagonal fra kvadrant 1 til kvadrant 4, hvorfor der kun er placeret ganske få modaliteter i kvadrant 2 og 3. Spørgsmålet er, hvad man skal lægge i dette? I Le Roux & Rouanet's fremragende bog om GDA fremhæves det ofte, at punktskyen kan have mange forskellige former. Visse af disse går dog ofte igen, f.eks. den klassiske hesteskoformede punktsky, der optræder når nogle af akserne er associeret. En anden gængs form er det forfatterne kalder 'block structure', hvis hovedkendetegn er, at modaliteterne placerer sig i to næsten separate klynger (Le Roux & Rouanet, 2004, s. 219-20). Desværre er bogen uklar med hensyn til, hvordan man helt præcist detekterer en sådan 'block structure': Skal det gøres direkte i individskyen, skal det gøre blandt de aktive modaliteter i analysen? Eller er der også tale om en 'block structure', når de passive supplementærpunkter udviser en sådan form? Hvis der vitterligt er tale om en 'block structure' kunne man med fordel have brugt det som kriterium til at stratificere analysen. Her ville man analysere de to klynger af individer hver for sig, fordi der meget vel kan være tale om delvist selvstændige subskyer af individer med meget forskellige karakteristika. Desværre har det ikke været muligt at gøre det i forbindelse med dette arbejde. Men da formålet i første omgang også blot er at afsøge potentialerne i denne form for analyse for studiet af sygefravær, ville det være at dykke for dybt ned i materien.

Et andet interessant sæt af variable at plotte ind i arbejdslivsrummets første to flader er helbred. Dette er gjort i figur 5.6 nedenfor. Her finder vi også en markant spredning af modaliteterne for forskellige helbredstilstande langs såvel den første som den anden akse. Langs den første akse er samtlige helbredsmål spredt ud på en sådan måde, at jo mere belastende arbejdsvilkår folk rapporterer, desto flere helbredsgener rapporterer de også, hvad enten disse måles helt generelt som selv vurderet helbred, som somatiske symptomer (f.eks. bevægeapparatsmerter) eller som psykisk trivsel f.eks. vitalitet (VT), mentalt helbred (MH) eller oplevet stress. Hverken bevægeapparatsmerter eller selv vurderet helbred er spredt ud langs den anden akse, men det er til gengæld de tre mål for psykisk trivsel og især oplevet stress. Sidstnævnte er mest udbredt i den del af fladen, hvor arbejdet er mest fleksibelt. Om det er

Figur 5.6 Flade 1-2. Forskellige helbredsmål som supplementærpunkter.



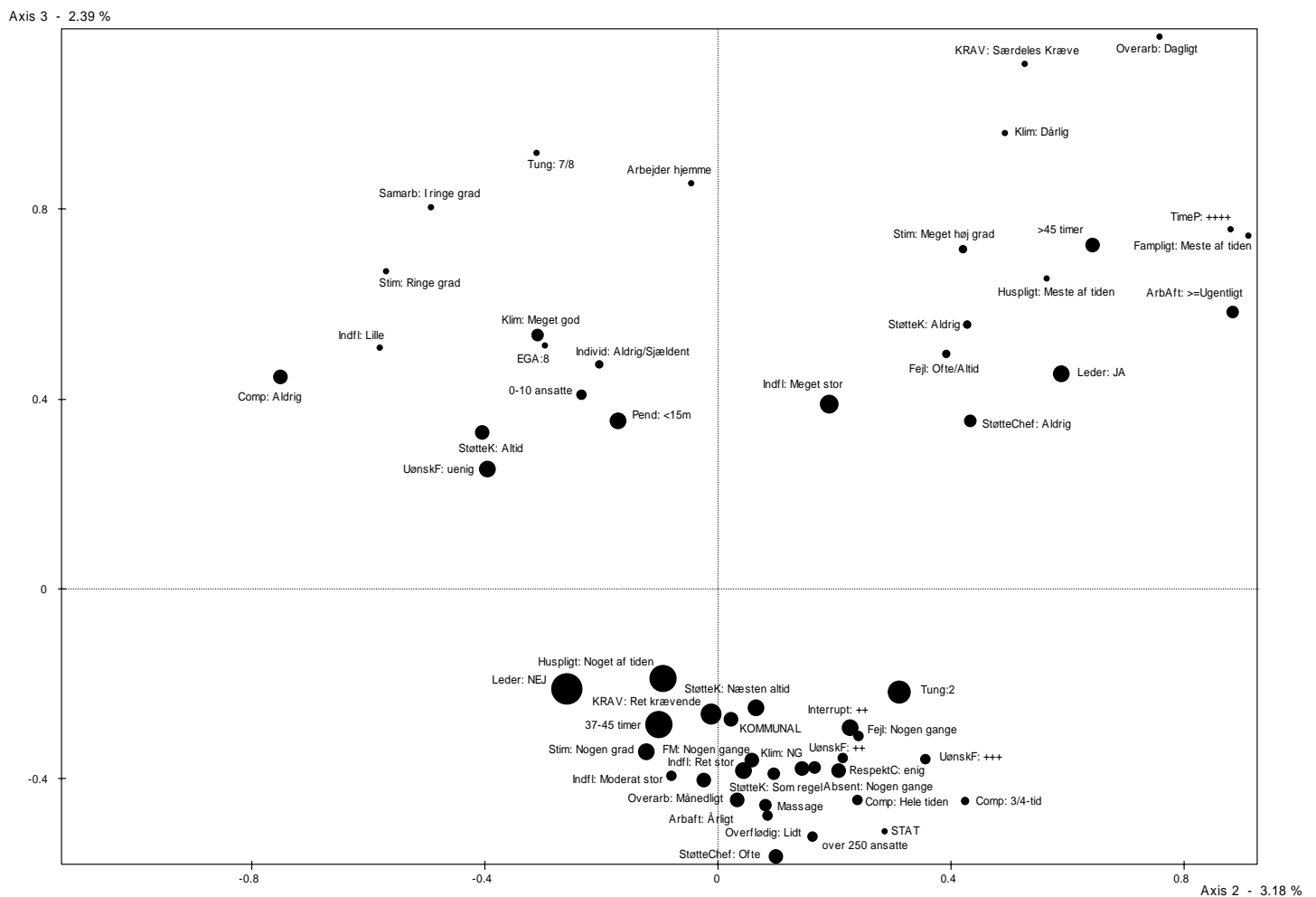
199

måde, og nogle gange kan de endda give endog særdeles vigtig information om det område, man studerer (for et eksempel fra den politiske sociologi se Hjellbrekke, 2007).

Tabel 5.8 Fortolkning af tredje akse: 31 variable, 55 modaliteter der bidrager mest til aksens.

Variable	Bidrag fra variable	Kategorier bund	Kategorier top	Bidrag bund	Bidrag top
Arbejdstimer	6,89	37-45 timer	>45timer	1,20	2,78
Overarbejde	6,72	Månedligt	Dagligt	1,55	3,90
Arbejdsklima	5,99	Nogenlunde god	Meget god+Dårlig	1,27	2,37+1,79
Indflydelse	5,35	Moderat stor+Ret stor	Meget stor, Lille	1,55+0,84	2,04+0,77
Krav	5,31	Ret krævende	Særdeles krævende	0,97	3,55
Stimulerende	5,31	Nogen grad	Ringe grad+Meget høj grad	1,40	1,38+2,40
StøtteKollegaer	4,53	Næsten altid+Som regel	Altid+Aldrig	0,69+1,15	1,11+1,38
StøtteChef	4,52	Ofte	Aldrig	3,23	0,94
Aftenarbejde	4,45	Årligt	>=Ugentligt	1,81	2,45
Computerarbejde	3,73	Hele tiden+ ¾-tiden	Aldrig	1,05+0,80	1,79
Virksomhedsstørrelse	3,35	>250 ansatte	<10 ansatte	1,84	0,97
Ledelsesansvar	3,26	NEJ	JA	1,08	2,17
Uønskede forandringer	3,06	UønskF: ++ + UønskF: +++	UønskF: %	1,13+0,78	0,72
Tungt arbejde	2,82	2	7/8	0,79	1,56
Afbrydes hyppigt	2,67	Interrupt: ++		0,96	
Forsømmer huslige pligter	2,50	Noget af tiden	Meste af tiden	0,70	1,25
Tidspres	2,28		TimeP: ++++		1,02
Arbejdssted	2,22		Arbejder hjemme		1,75
Pendling	2,21		<15 minutter		1,38
Forsømmer familieforpligtelser	2,19		Meste af tiden		1,53
Overflødig	2,14	Overflødig: Lidt			
Samarbejde	2,02		I ringe grad		1,84
Absent	2,00	Nogen gange			1,46
Fejl	1,91		Ofte/Altid		1,10
Forskellige meninger	1,87	Nogen gange		1,30	
Individ	1,77		Aldrig/sjældent		1,09
Massage	1,73	Massage		1,73	
Sektor	1,39	Kommunal+Stat		0,66+0,72	
RespektChef	1,19	RespektC: %		0,86	
EGA	1,00		8		0,75
Rådgivning	0,96	Rådgivning		0,96	
				28,73	49,53
		I alt bidrag fra modaliteterne til aksens variation		78,26	

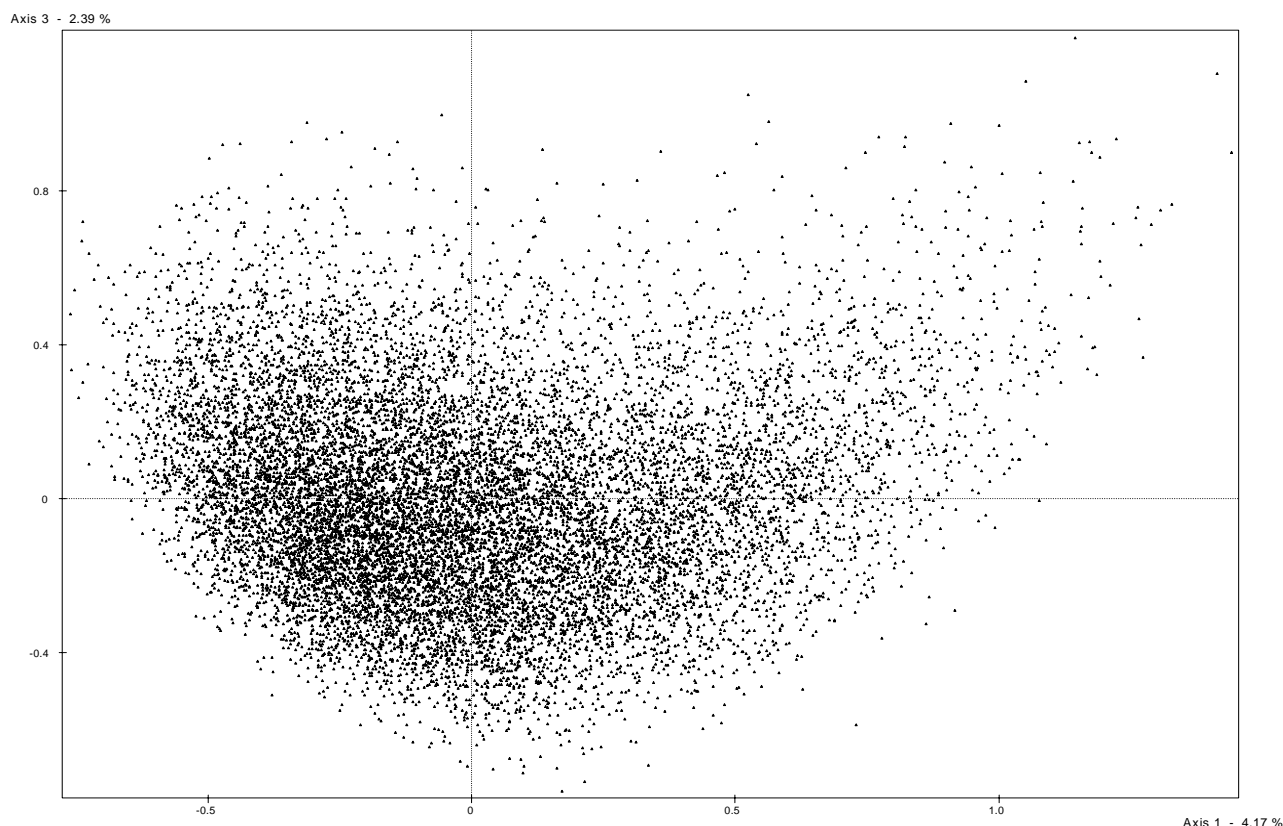
Figur 5.7 Flade 2-3. Fortolkning af tredje akse: 55 modaliteter der bidrager mest til aksens orientering.



At der er tale om en sådan akse understøttes af figur 5.8¹⁵, hvor man kan se den karakteristiske Guttman-effekt, hvor individerne i flade 1-3 fordeler sig i en hestesko-lignende bræmme, hvilket indikerer en kvadratisk sammenhæng mellem første og tredje akse i arbejdslivsrummet (Le Roux & Rouanet, 2004, s. 220-1).¹⁶ Det betyder også, at der er en vis sandsynlighed for, at den tredje akse ikke udtrykker fundamentalt nye skel i individskyen, men snarere elaborerer på de, der allerede er at finde i den første akse.

Som man kunne se af tabel 5.8 er der dog også en del modaliteter, hvor ekstremerne er modstillet, og derfor findes i hhv. top og bund istedet for at være placeret i samme ende af akse. Det gælder f.eks. virksomhedsstørrelse, hvor vi i toppen finder virksomheder med 0-10 ansatte, mens vi i bunden finder dem med mere end 250 ansatte. Vi kan også se, at det tungeste arbejde findes i toppen af akse, mens det mindst tunge arbejde findes i bunden. Spørgsmålet er om disse afvigelser fra det generelle mønster, skal tages alvorligt.

Figur 5.8 Individsky i arbejdslivsrummets flade 1-3. 14.241 individer.

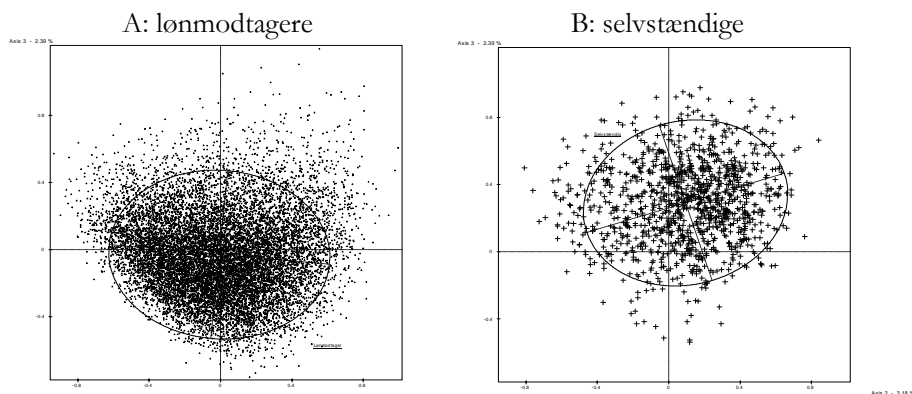


I forbindelse med en sådan eksplorering er det vigtigt at huske på, at den geometriske dataanalyse netop er lagt an på at være *eksplorativ* og *beskrivende*, for på den måde at give en så uhildet rapportering af strukturen i data, der ikke tager udgangspunkt i allerede formulerede hypoteser. Det er altså helt legitimt blot at se på 'resultaterne' med henblik på at finde yderligere elementer, der kan bruges til at skabe en meningsfyldt fortolkning *ex post facto*. Et 'spor' i figur 5.7, der kunne anspore til yderligere 'efterforskning', er det faktum, at de modaliteter, der angiver, at folk arbejder i den offentlige sektor, er placeret i bunden af flade 2.3. Ligeledes er der en række modaliteter som f.eks. ledelsesansvar, samt manglende svar på de spørgsmål, der vedrører ens nærmeste leder, der kunne indikere, at den tredje akse måske skelner mellem selvstændige og lønmodtagere.

Hvis man plotter subskyen af individer, som er selvstændige, og subskyen af individer, der er lønmodtagere i flade 2-3, får man det resultat, man kan se i figur 5.9 A+B. Figurerne benytter sig af den teknik, der kaldes koncentrationsellipser, som er et deskriptivt værktøj, der bruges til at illustrere, hvor størstedelen af individer, der tilhører en bestemt gruppe, fordeler sig på den flade, man analyserer. Såfremt individerne er normalfordelt omkring gennemsnittet på de akser, der definerer fladen, vil koncentrationsellipsen tage form af en cirkel, og i dette tilfælde vil ellipsen (som derfor vil være en cirkel) indeholde 84,67% af individerne. Da det langt fra altid er tilfældet, at individerne er fordelt på denne måde, kan man bruge to parametre til at betegne 'kvaliteten' af ellipsen som deskriptivt værktøj. Man kan beregne såvel en excentritetsparameter, der angiver afvigelsen fra den perfekte cirkel, ligesom man får en angivelse på, hvor mange procent af individerne, som er placeret uden for ellipsen. I dette

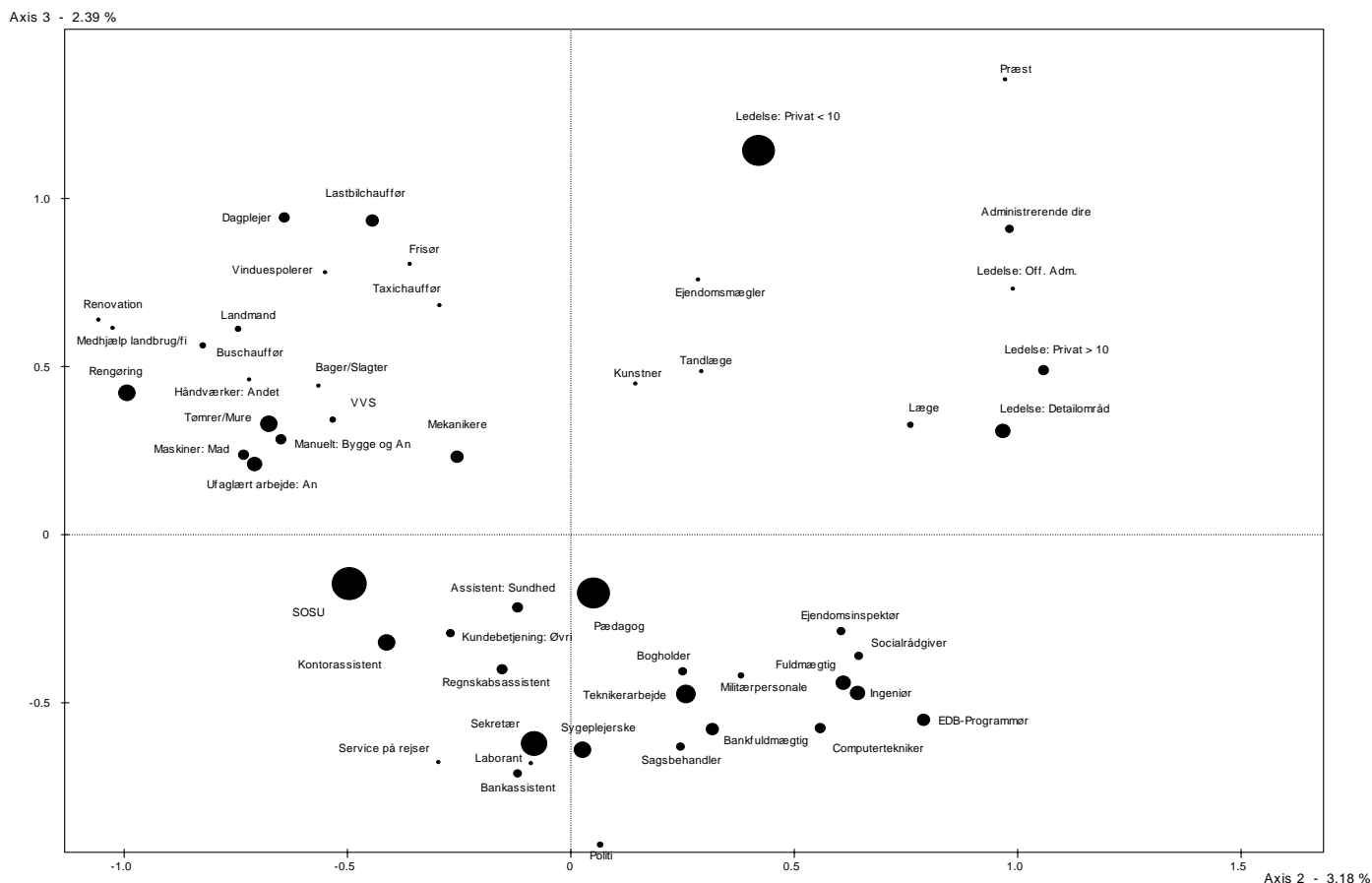
tilfælde er disse parametre dog ikke så interessante. Pointen med figur 5.8 er derimod at illustrere, at selvstændige fortrinsvist er placeret i toppen af flade 2-3, mens lønmodtagere placerer sig nærmere bunden. Der er ikke tale om nogen fuldstændig entydig placering, men det giver alligevel anledning til at overveje om den tredje akse, i stedet for blot at være udtryk for en elaborering af første akse, skal fortolkes som én, der modstiller lønmodtagere og selvstændige.

Figur 5.9 Flade 2.3. Individskyen opdelt i hhv. selvstændige og lønmodtagere med indtegnelse af koncentrationsellipser for de to grupper.



Hvis man ser på hvilke erhverv, der fordeler sig langs den tredje akse ved at plotte dem ind som supplementærpoint i flade 2-3 får man resultatet i figur 5.10.

Figur 5.10 Flade 2.3. Erhverv som supplementærpunkt.



Af figuren fremgår det, at langt de fleste af de modaliteter fra variabelen erhverv, der placerer sig i toppen af fladen, kan være selvstændige erhvervsdrivende. Ledelse af private virksomheder med færre end 10 ansatte placerer sig næsten i toppen af fladen, men også en lang række erhverv, som ofte kan være små selvstændige f.eks. frisører, vinduespolerere, taxichauffører, håndværkere m.fl. placerer sig i toppen af fladen. Samtidig er der en lang række erhverv, som aldrig eller næsten aldrig kan være selvstændige, der er placeret i bunden. Allernederst er politimænd placeret, ligesom bankassistenter, sygeplejersker og sekretærer er det – for disse erhverv er det helt eller næsten helt utænkeligt at være selvstændige. Alt i alt tyder disse supplerende analyser på, at man kan fortolke den tredje akse som andet og mere end blot en elaborering af den første akse.

Vi vil derfor fortolke den tredje akse som skelnende mellem selvstændige og lønmodtagere, således at i toppen af fladen 2-3 finder vi selvstændige erhvervsdrivende og særligt de mindre selvstændige (f.eks. håndværkere med få eller ingen ansatte), mens den nederste del af akse primært er orienteret mod lønmodtagere.

Tabel 5.9 Fortolkning af fjerde akse: 19 variable, 35 modaliteter der bidrager mest til akse.

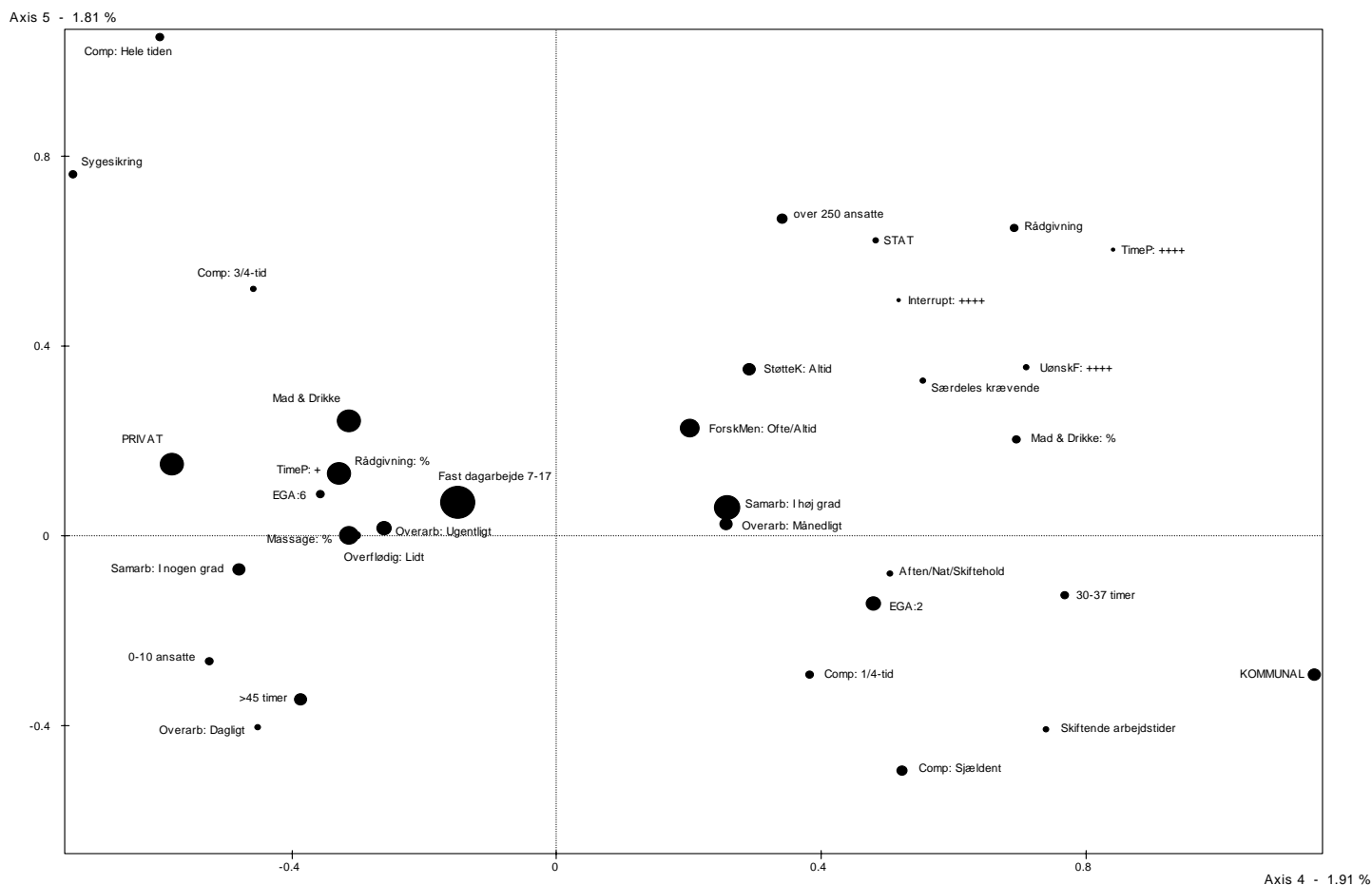
Variable	Bidrag fra variable	Kategorier venstre	Kategorier højre	Bidrag venstre	Bidrag højre
Sektor	23,50	Privat	Kommunal+Stat	8,24	14,45+0,80
Computerarbejde	7,12	Hele tiden+ $\frac{3}{4}$ -tiden	Sjældent+ $\frac{1}{4}$ -tiden	2,39+1,04	1,02+2,50
Rådgivning	5,57	Rådgivning: %	Rådgivning	2,66	2,92
Arbejdstimer	5,51	>45timer	30-37timer	1,65	3,45
Samarbejde	5,30	I nogen grad	I høj grad	2,87	1,90
Mad & Drikke	5,25	Mad & Drikke	Mad & Drikke %	2,47	2,78
EGA	4,89	6	2	0,87	3,13
Arbejdstidspunkt	4,36	Fast dagarbejde 7-17	Skiftende arbejdstider+ Aften/Nat/Skiftehold	0,79	2,79+0,78
Uønskede forandringer	4,08		UønskF: +++++		2,47
Sygesikring	3,84	Sygesikring		3,78	
Virksomhedsstørrelse	3,79	0-10 ansatte	>250 ansatte	1,99	0,98
Tidspres	3,29	TimeP: +	TimeP:++++	0,81	1,58
Overarbejde	2,70	Dagligt+Ugentligt	Månedligt	0,74+0,89	0,78
Massage	2,59	Massage %		2,00	
Krav	2,57		Særdeles krævende		1,12
StøtteKollegaer	1,86		Altid		1,09
Afbrydes hyppigt	1,48		Interrupt: +++++		0,68
Forskellige meninger	1,25		Ofte/Altid		0,75
Overflødig	0,86	Lidt		0,69	
				33,88	45,97
		I alt bidrag fra modaliteterne til aksens variation		79,85	

Fjerde akse

Den fjerde akse i arbejdslivsrummet, skal man huske på, forklarer mindre end 5% af variationen i individualskyen. Og man kan derfor med rette spørge, om der er tale om en *generel* akse, eller om der er tale om en mere *specifik* akse, som primært opsummerer skel mellem én eller få grupper af individer i den overordnede punktsky (jf. diskussionen ovenfor).

Hvis man ser på tabel 5.9 ovenfor kunne noget tyde på, at der her er tale om en specifik akse, da vi har én variabel, og de tre modaliteter den består af, der bidrager relativt set mere til orienteringen af aksens, end de øvrige modaliteter gør. Variablen, der indikerer, hvilken sektor deltagerne arbejder i, forklarer alene 20% af variationen langs aksens. Men det er dog ikke sådan, at de øvrige modaliteter, som bidrager til aksens orientering, er uden fortolkningsmulighed. Det forholder sig snarere sådan, at de understøtter den tolkning, der går på, at aksens skelner mellem offentligt og privatansatte: F.eks. ser vi, at de individer, der angiver deltidsarbejde (30-37 timer/ugen), er placeret i den højre side af aksens, mens de individer, der angiver lang arbejdstid (>45 timer/ugen) findes i den modsatte side (se Arbejdsmarkedskommissionen, 2009, s. 48-9). Ligeledes finder vi, at de frynsegoder, der tilbydes i den venstre side, er sygesikring og madordning, mens det i højre side i stedet er personlig rådgivning. Det stemmer også meget godt overens med de ordninger, der er i de forskellige sektorer vedrørende personalegoder til de ansatte (se FTF, 2007 for en opgørelse over dette).

Figur 5.11 Flade 4-5. Fortolkning af fjerde akse: 35 modaliteter der bidrager mest til aksens



Slutteligt kan vi konstatere, at der i den venstre side af fladen, findes den modalitet, der angiver mindre virksomheder, mens virksomheder med mere end 250 ansatte findes i den modsatte ende af fladen. Dette forhold understøtter ligeledes de forskelle, der er mellem den offentlige og den private sektor i Danmark, hvor den private sektor i særdeleshed er domineret af små og mellemstore virksomheder, og hvor de store virksomheder primært er offentlige (se Statistikbanken, 2009, tabel ERH16X)

Opsummerende kan vi altså konstatere, at den fjerde akse i arbejdslevsrummet er en specifik akse, der opsummerer forskellen mellem det at arbejde i den offentlige sektor og arbejdet i den private sektor. Det giver sig f.eks. udslag i fordelingen af frynsegoder mellem de to ender af aksen, ligesom arbejdstid og virksomhedsstørelse understøtter denne udlægning.

Femte akse

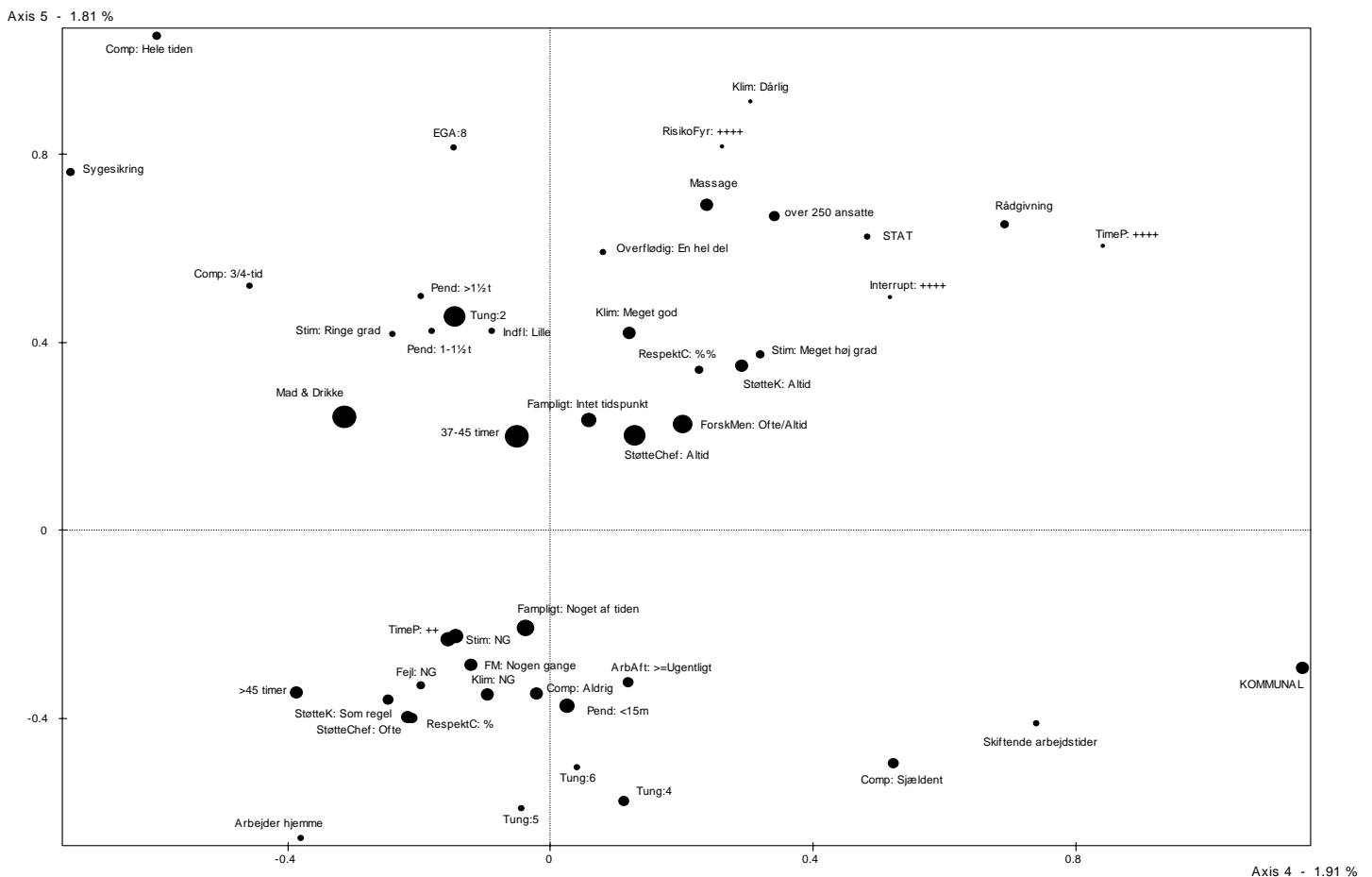
Som det var tilfældet med den fjerde akse, forklarer den femte akse også kun ca. 4% af variationen i individualskyen. Det kan igen være en indikation på, at der er tale om en specifik akse, der udelukkende opsummerer forhold af relevans for enkelte grupper. Denne fortolkning understøttes af, at der også ved denne akse er enkelte modaliteter, som bidrager uforholdsmæssigt meget sammenlignet med de øvrige. For den femte akse er det modaliteter fra to variable, som dominerer, nemlig de modaliteter, der angiver i hvor stort et omfang individerne sidder foran en computer på deres arbejde, samt de modaliteter, der angiver, hvor fysisk hårdt og tungt deres arbejdsopgaver er. Tilsammen bidrager de to variable med næsten 25% af den samlede variation i aksens orientering.

Baseret på disse resultater ville man kunne komme til den konklusion, at den femte akse opsummerer forskelle i individernes fysiske arbejdsmiljø, særligt det der relaterer sig til stillesidende og fysisk hårdt arbejde. Men hvis vi ser på nogle af de øvrige modaliteter (illustreret i figur 5.12), er der dog visse af disse, der taler imod en sådan fortolkning. F.eks. er modaliteten 'arbejder hjemme' placeret i den nederste del af flade 4-5, ligesom meget lang ugentlig arbejdstid (>45 timer/uge) og hyppig brug af mulighed for at tage arbejde med hjem om aftenen eller i weekender ligeledes er det. Disse to modaliteter – som tidligere var væsentlige for orienteringen af den anden akse om 'det grænseløse arbejde' – kan vanskeligt forenes med forestillingen om de typer af erhverv og arbejde, hvor man samtidig bruger computeren sjældent og har fysisk hårdt arbejde.

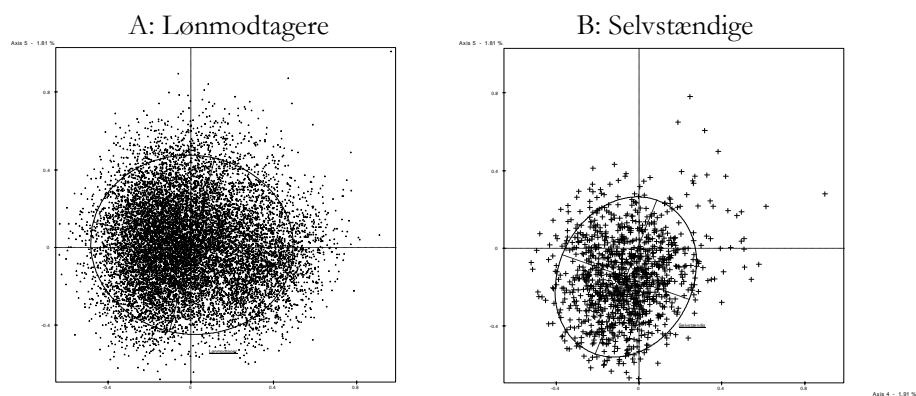
Tabel 5.10 Fortolkning af femte akse: 27 variable, 47 modaliteter der bidrager mest til aksens.

Variable	Bidrag fra variable	Kategorier bund	Kategorier top	Bidrag bund	Bidrag top
Computerarbejde	13,75	Sjældent+Aldrig	Hele tiden+ ¾-tiden	2,38+1,43	7,69+1,41
Tungt arbejde	10,43	4+5+6	2	2,75+1,17+1,20	4,50
Arbejdsklima	5,87	Nogenlunde god	Meget god+Dårlig	1,44	1,92+2,12
Virksomhedsstørrelse	5,11		>250 ansatte		3,95
Sygesikring	4,45		Sygesikring		0,76
Pendling	4,03	<15min	1-1½timer+ >1½timer	2,05	0,70+0,81
EGA	4,03		8		2,49
StøtteChef	3,18	Ofte	Altid	2,11	0,93
StøtteKollegaer	3,15	Som regel	Altid	1,29	1,66
Rådgivning	3,15		Rådgivning		2,70
Sektor	2,99	Kommunal	Stat	1,00	1,44
Massage	2,59		Massage		5,24
Stimulerende	2,56	Nogen grad	Ring grad+Meget høj grad	0,79	0,86+0,71
Arbejdstimer	2,55	>45timer	37-45timer	1,40	1,03
RespektChef	2,31	RespektC: %	RespektC: %%	1,42	0,74
Risiko for at blive sagt op	2,23		RisikoFyr: +++++		1,47
Forsømmer familieforpligtelser	2,19	Noget af tiden	På intet tidspunkt	0,82	0,89
Tidspres	1,91	TimeP: ++	TimeP:++++	0,75	0,85
Forskellige meninger	1,87	Nogen gange	Ofte/Altid	1,07	0,98
Mad & Drikke	1,78		Mad & Drikke		1,53
Arbejdssted	1,57	Arbejder hjemme		1,35	
Fejl	1,56	Noget gange		0,86	1,10
Overflødig	1,47		En hel del		1,23
Aftenarbejde	1,29	>=Ugentligt		1,00	
Indflydelse	1,29		Lille		0,70
Afbrydes hyppigt	1,27		Interrupt: +++++		0,66
Arbejdstidspunkt	1,10	Skiftende arbejdstider		0,90	
				27,18	51,07
		I alt bidrag fra modaliteterne til aksens variation		78,25	

Figur 5.12 Flade 4-5. Fortolkning af femte akse: 47 modaliteter der bidrager mest til aksens orientering.



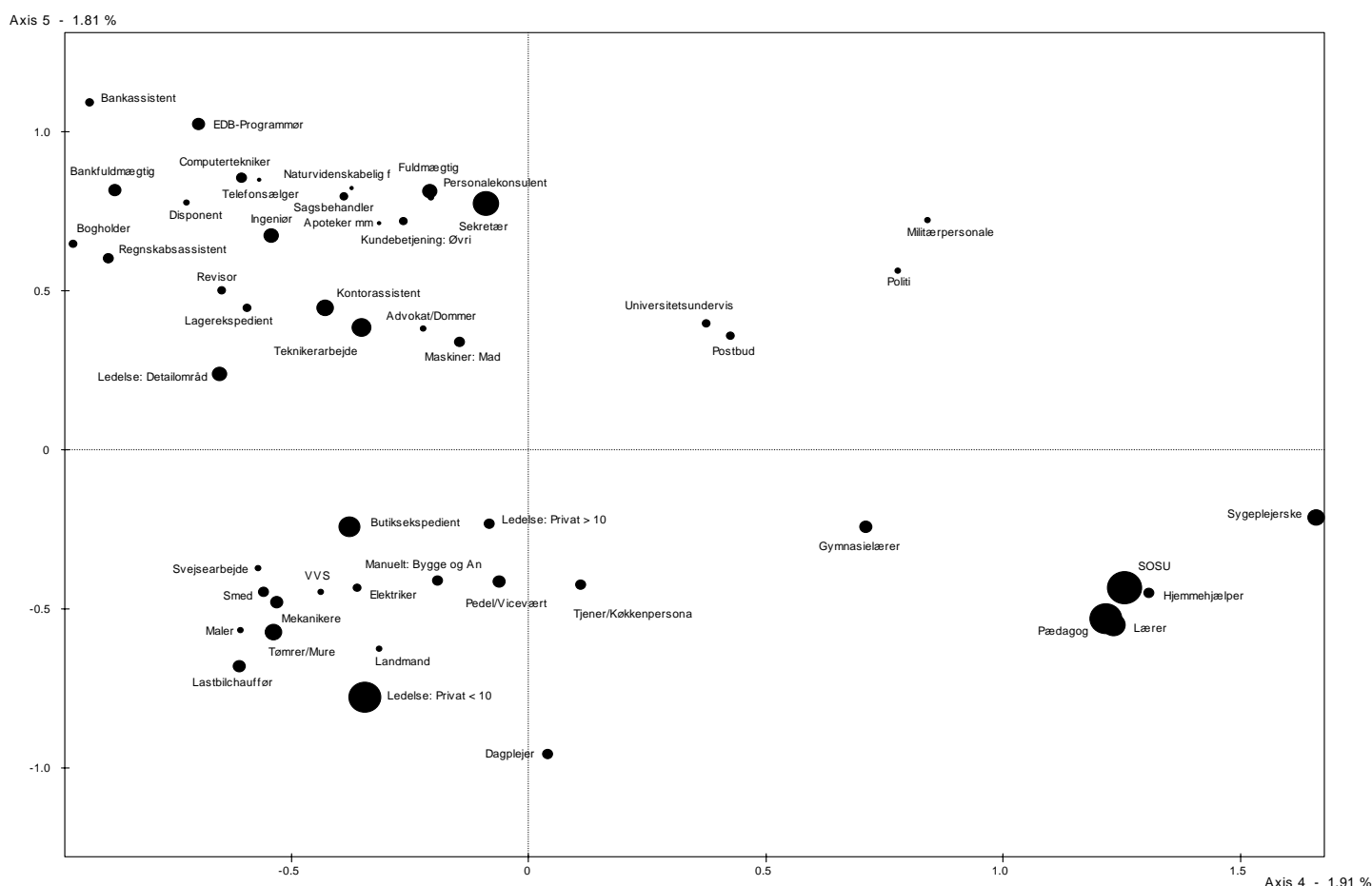
Figur 5.13 Flade 4-5. Individskyen opdelt i hhv. selvstændige og lønmodtagere med indtegnelse af koncentrationsellipser for de to grupper.



Figur 5.13 A+B viser igen en interessant fordeling af hhv. selvstændige og lønmodtagere. I denne sammenhæng er det interessante, at gruppen af individer, som er selvstændige i højere grad er placeret i

flade 4-5's bund end lønmodtagere. Det kan forklare, hvorfor modaliteter, der indikerer fleksible arbejdsforhold og lang arbejdstid er placeret samme sted som modaliteterne, der angiver fysisk hårdt arbejde. Her vil små selvstændige erhvervsdrivende netop være foreningen af disse aspekter. Og i den forbindelse er det også vigtigt at huske på, at blot fordi modaliteter er placeret tæt på hinanden langs én akse, følger der ikke med nødvendighed heraf, at disse individer ligner hinanden, fordi de kan være placeret langt fra hinanden i punktskyens øvrige dimensioner. I figur 5.14, hvor jeg har plottet erhverv ind som supplementærpunkt, kan vi se, at det er modaliteterne for de små håndværkermestre, der er placeret i fladens nederste venstre hjørne.

Figur 5.14 Flade 4-5. Erhverv som supplementærpunkt.



Vi kan altså konstatere, at den femte akse er en specifik akse for fysisk arbejdsmiljø, der modstiller de individer, som har hårdt fysisk arbejde (bunden af fladen) med dem, der ikke har tungt arbejde, men til gengæld ofte har stillesidende arbejde foran deres computer (toppen af fladen). En sådan fortolkning er (nogenlunde) konsistent med de øvrige modaliteter, når man tager højde for, at særligt små selvstændige håndværkermestre har særlige forhold sammenlignet med de andre erhvervsgrupper, der ellers har fysisk belastende arbejde.

Arbejdslivsrummets første fem akser – generelle betragtninger

Hvis man skal forsøge at samle op på de foregående sideres udlægning af de væsentligste dimensioner i arbejdslivsrummet, er der en række forskellige pointer, som skal hives frem.

1. Først og fremmest må det stå klart, at almindelige danskeres arbejdslivsvilkår *ikke* er atomiserede – der er en klar 'struktur' i det – forstået på den måde, at bestemte 'enkeltstående' arbejdsmiljøforhold har det med at følges ad. De eksisterer i netværk eller 'klumper' sig sammen i bestemte dele af rummet, og virker på den måde til at skabe skel mellem individer med forskellige kombinationer af arbejdslivsvilkår. Som man kan se af analysen af særligt de to første akser, er der bestemte kombinationer af vilkår, der ofte følges ad. Én måde at forstå det på vil være at betragte 'klynger' med bestemte kombinationer af arbejdsvilkår, som udtryk for eksistensen af forskellige kontekster indenfor, hvilket man forstår og praktiserer sygefravær (i tilfælde af helbredsmæssige problemer). Denne pointe står endnu stærkere, fordi den præsenterede analyse i bund og grund er *induktiv* og *beskrivende*: det forholder sig altså ikke sådan, at jeg postulerer, at konteksten består af bestemte forhold. I stedet er der taget et bredt udvalg af en række arbejdsvilkår, som indgår i mange undersøgelser af arbejdsmiljø og sygefravær. Disse faktorer er selvfølgelig aldrig neutrale, ligesom valget af dem ikke er det. Men på den anden side er der heller ikke entydigt taget stilling for eller imod ét bestemt syn på kontekster, eller på én forståelse af, at konteksten vil bestå af *bestemte* kombinationer af de inkluderede arbejdsvilkår. At analysen er induktiv og rent beskrivende styrker dermed argumentet om, at arbejdsvilkårene er knyttet sammen i netværk og eksisterer i sammenhæng med hinanden, og at der af den grund *findes* forskellige kontekster.
2. Det lyder selvfølgelig ikke så mærkeligt, men at det forholder sig sådan betyder på den anden side, at en ensidig fokusering på *enkeltstående* risikofaktorer for sygefravær vil være problematisk. Disse 'enkeftfaktorer' eksisterer nemlig altid i sammenhæng med andre faktorer. Der er endog en række stærke 'underliggende' strukturer, som påvirker disse – i denne analyse illustreret særligt godt ved første og anden akse. Det skal ikke forstås sådan, at vi helt skal opgive analysen af enkeltfaktorenes betydning, og erstatte dem med én overordnet analyse, der bruger akserne i korrespondanceanalysen som de primære uafhængige variable. Men man er nødt til at tage højde for strukturen og netværket af faktorer. Ikke mindst fordi netværket kan betragtes som en kontekst, der udstikker rammerne for den måde individerne handler. Dette forhold bliver yderligere aktualiseret, når man husker på, at ovenstående analyse alene baserer sig på spørgsmål om arbejdsvilkår, og at en række egenskaber, som vi fra andre studier ved har betydning for sygefravær f.eks. køn, alder, helbred m.fl. slet ikke er med. Dette rejser indirekte spørgsmålet om kausalitet: hvilke af disse faktorer kommer 'først', og hvordan er de relateret til baggrundsvariable som f.eks. køn, alder og helbred? Alt dette lader sig kun meget vanskeligt indfange ved hjælp af korrespondanceanalyserne. Men i denne sammenhæng er det også uninteressant, da fokus her er fjernet fra enkeltfaktorens *selvstændige* betydning for ét enkelt udfald. I stedet for at se på én enkelt variabels betydning er det netop korrespondanceanalysens styrke, at den kan skabe et *samlet* blik på de mønstre, der findes i relationerne mellem mange variable. Og det betyder også, at man ikke nødvendigvis må analysere én enkelt afhængig variabel af gangen, men at man i stedet kan plotte et helt *sæt af variable*, der omhandler sygefravær ind i arbejdslivsrummet, for på den måde at se, om der også er nogle mønstre i fordelingen af modaliteter her.

3. Hvis man skal forsøge at summere analysen op mere substantielt kan man gøre det ved hjælp af tabel 5.8 (vist nedenfor). Her kan man se betydningen af forskellige områder af arbejdslivet for arbejdslivsrummets struktur. Her er bidragene fra de 154 modaliteter fordelt på de ni temaer, der blev opereret med i opdelingen og udvælgelsen af variable. Som man kan se, er alle temaer - på nær tryghed i ansættelsen - med til at bidrage væsentligt til mindst én af aksernes orientering. Familielivsdomænet betyder udelukkende noget for én akse, mens de fleste andre domæner betyder noget for mindst 2 og oftest 3 forskellige akser. Ledelse, indflydelse, arbejdstid og arbejdssted er de fire områder, der betyder mest for orienteringen af akserne.
- Hvis man ser bort fra domænerne tryghed i ansættelsen, familieliv og arbejdssted, er der meget identiske gennemsnitlige bidrag til de fem akser blandt de øvrige seks domæner. Den eneste grund til, at arbejdssted skiller sig ud, er det meget kraftige bidrag variable fra dette domæne giver den fjerde akse, som vi skal huske på er en specifik akse, der ikke har betydning for hele punktskyen.
- Alt i alt, betyder det, at man ikke ville kunne forenkle analysen ved at reducere antallet af forskellige faktorer væsentligt, uden samtidig at give køb på en masse af den forskellighed, disse variable netop bidrager til at afsløre i individskyen.

Tabel 5.8 Bidrag fra de ni domæner til arbejdslivsrummets første 5 akser.

	Akse 1	Akse 2	Akse 3	Akse 4	Akse 5	Gns
Arbejdstid	5,3	25,3	18,2	13,1	5,7	13,5
Arbejdssted	3,2	9,9	13,0	45,6	28,3	20,0
Sociale relationer til kollegaer	15,0	5,5	12,6	8,2	9,8	10,2
Krav	5,2	21,7	10,3	7,3	4,3	9,8
Tryghed i ansættelsen	6,6	0,6	3,3	2,0	3,7	2,7
Indflydelse	21,5	10,4	17,0	6,5	5,9	12,2
Fysisk arbejdsmiljø	7,9	9,3	7,6	13,2	28,2	13,2
Ledelse	31,6	6,8	13,3	3,9	10,9	13,3
Familie	3,6	10,6	4,9	0,3	3,3	4,5

4. Slutteligt er det også blevet vist, at der eksisterer en stærk social differentiering i de erhvervsaktive danskeres arbejdsliv langs alle fem akser. Mest interessant er forskellen langs de første to akser, hvor man kan konstatere, at højere indkomst og længere uddannelse generelt er relateret til bedre arbejdsforhold og et mere fleksibelt arbejdsliv. Af samme grund er det også vidt forskellige erhverv der er placeret i 'hjørnerne' af flade 1-2. Men i de øvrige flader spiller erhverv også en central rolle for fortolkningen. Ligeledes kan vi konstatere, at der er en stærk spredning af forskellige helbredsmål langs de to første akser. Man kan overveje om sammenhængen mellem social klasse og arbejdsforhold er arbitrær eller nødvendig, og her vil svaret afhænge af, hvilket teoretisk perspektiv man opererer med. Forudsætningen i det meste af arbejdsmiljølitteraturen, og dermed også den, der ofte anvendes i forbindelse med analyser af sygefravær-fænomenet, er, at sammenhængen mellem de to er *arbitrær*, og at det gennem 'jobdesign' er muligt at undgå de værste arbejdsforhold (for et meget sympatisk argument i den retning se Karasek & Theorell, 1990, s. 161ff). I en marxistisk optik vil sammenhængen mellem arbejdsforhold og social klasse derimod fremstå som *nødvendig*, da den i

princippet er konsekvensen af selve arbejdsprocessen og de antagonismer, der opstår som følge af den udbytningsproces kapitalismen (og dermed eksistensen af klasser) er baseret på (for én version af dette perspektiv se f.eks. Olin Wright, 1985, s. 34-7). Afhængigt af hvilken fortolkning man har af distributionen af arbejdsforhold ændrer sygefraværsfænomenet også karakter fra at være et principielt fuldkomment forebyggeligt 'problem' med en 'teknisk løsning' til et udtryk for den modsætning, der findes i samfundets objektive eksistens, og som derfor fordrer en politisk diskussion.

Men én ting er, at vi kan identificere forskelle og mønstre i de erhvervsaktive danskeres arbejdsliv. Det er der næppe nogen, der vil være overrasket over. Det interessante i denne sammenhæng er at se om arbejdslivsrummet også kan bruges til at beskrive kløfter og forskelle i disse menneskers sygefraværpraktikker.

Sygefraværpraktikker i arbejdslivsrummet

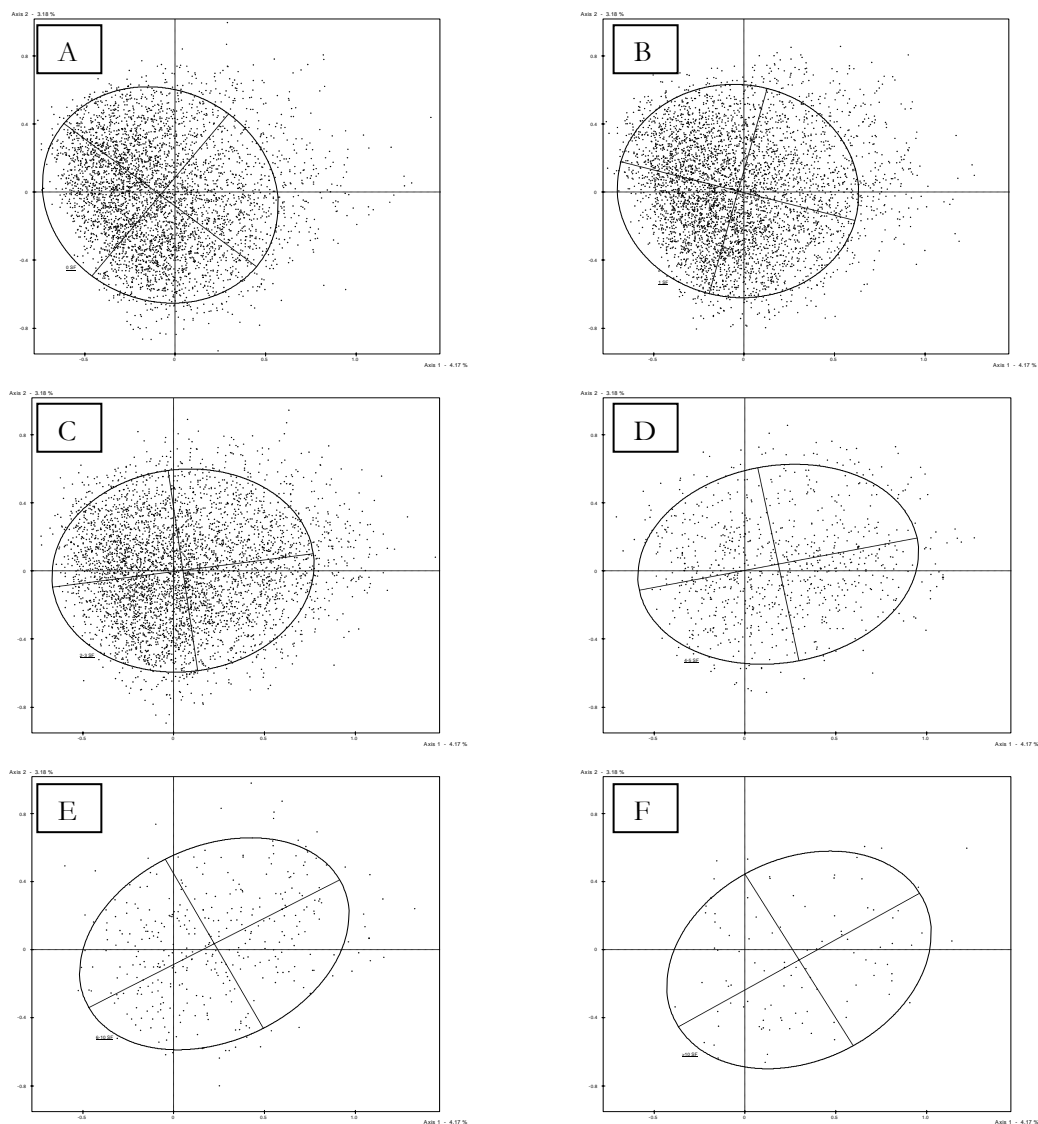
Fremgangsmåden, for at undersøge om danskernes sygefraværpraktikker er forbundet til de skel, vi ovenfor kunne konstatere med hensyn til arbejdslivsrummet, er at projicere modaliteterne fra en række variable ind i dette rum som supplementærpunkter. At de indgår som supplementærpunkter betyder, som nævnt ovenfor, at de ikke bidrager aktivt til at definere arbejdslivsrummet. I stedet inkluderes de i analyserne passivt uden 'vægt', dvs. uden at påvirke den måde akserne orienterer sig på. Det interessante ved denne procedure er at 'teste', om der er en sammenhæng mellem arbejdslivsrummet og sygefraværpraktikkerne. Det vil være tilfældet, hvis modaliteterne fra sidstnævnte variable spreder sig på en meningsfyldt måde i arbejdslivsrummet, selvom de ikke selv har været med til at definere det.

Bourdieu omtaler dette princip som et udtryk for, at der er en *homologi* mellem felterne – i Bourdieus tilfælde en homologi mellem det sociale rum (og dets orientering bestemt af samlet mængde kapital, kapitalsammensætning og ancienitet i feltet) og livsstilsfeltet (Bourdieu, 1984, s. 175-208). Om man kan bruge den samme terminologi i dette eksempel er mere tvivlsomt, eftersom det næppe giver mening at tale om et 'sygefraværpraktikrum'. Altså at forestille sig, at sygefraværpraktikker skulle udgøre et *selvstændigt* felt med egne dynamikker og *illusio*. Men det er i og for sig også ligegyldigt i denne sammenhæng, hvor øvelsen 'blot' går ud på at undersøge om, og i så fald hvordan det sæt af variable og modaliteter, som repræsenterer danskernes sygefraværpraktikker, er spredt ud i arbejdslivsrummet. Hvis modaliteterne rent faktisk er spredt ud på en meningsfuld måde i arbejdslivsrummet, vil det være med til at understøtte forestillingen om, at forskellige kontekster i arbejdslivet producerer forskellige sygefraværpraktikker (selvom retningen af kausaliteten selvfølgelig ikke kan afgøres med sikkerhed her – både på grund af selve analysemetoden, men også fordi der ikke er tale om prospektive data for sygefravær).

Figur 5.15 A-F giver os et første fingerpeg om en sammenhæng mellem arbejdslivsrummets første to akser og de erhvervsaktives tilbøjelighed til at tage sygefravær. I første omgang fokuserer vi på de seks koncentrationsellipsers centrum. De svarer til barycentret for subskyen af individer, der har et givet antal sygemeldinger i året før spørgeskemaerne blev samlet ind. Vi kan tydeligt se, at de individer som angiver ikke at have taget sygefravær i året før, i gennemsnit har en placering til venstre for flade 1-2's barycenter, dvs. at de i gennemsnit har mere attraktive arbejdsforhold end individerne med flere sygedage. Stærkest er selvfølgelig forskellen mellem gruppen af individer uden sygemeldinger (Figur 5.

15.A) og den meget lille gruppe af individer, som angiver at have været sygemeldt mere end 10 gange i det forløbne år (Figur 5.15.F). Koordinaterne på den første akse er hhv. -0,23 for gruppen uden sygemeldinger og 0,84 for gruppen med mere end 10 sygemeldinger, hvilket giver en forskel på 1,07.

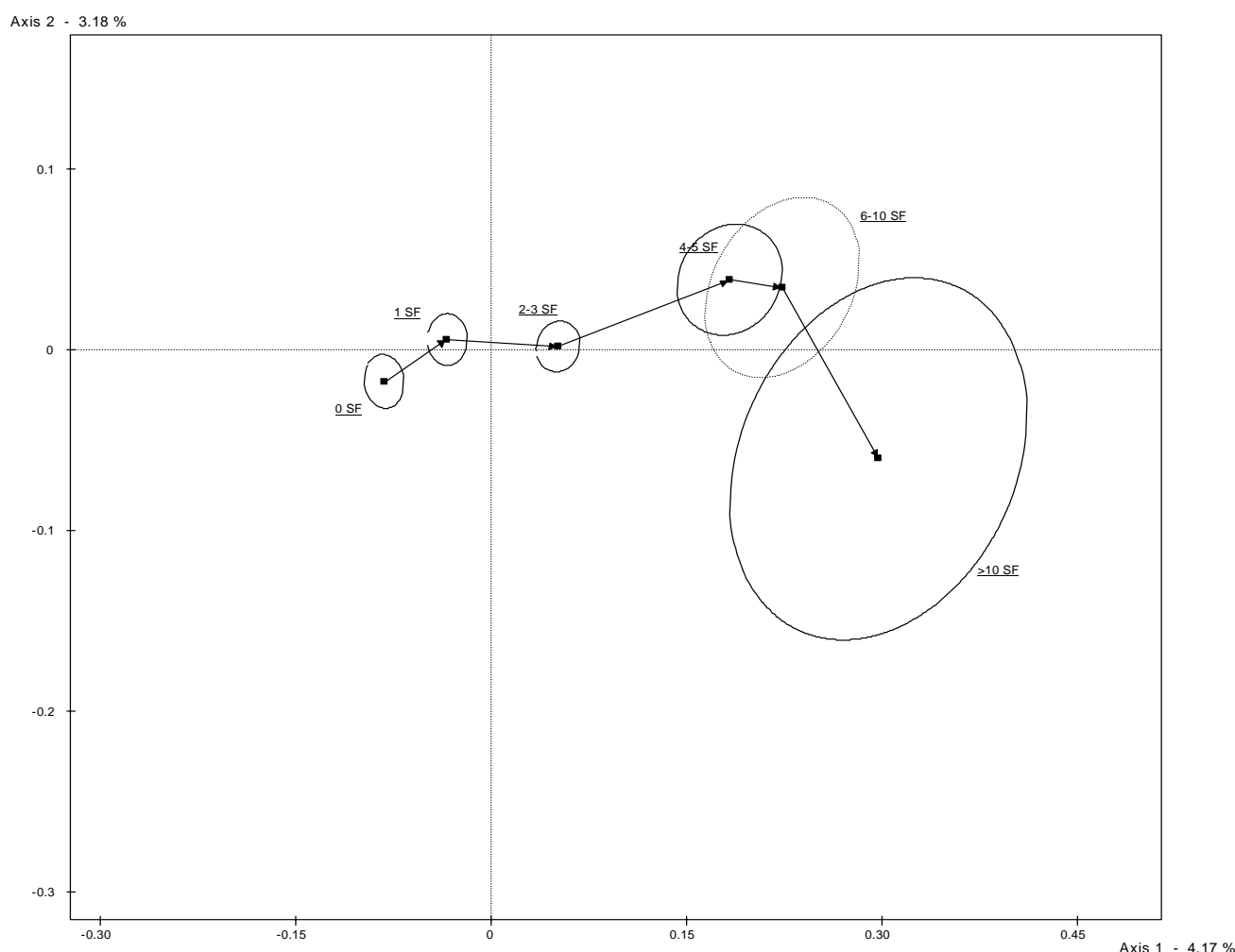
Figur 5.15 Flade 1-2. Subskyer af individer med forskellige antal sygemeldinger m. koncentrationsellipser. *A = 0 sygemeldinger, B = 1 sygemelding, C = 2-3 sygemeldinger, D = 4-5 sygemeldinger, E = 6-10 sygemeldinger, F = mere end 10 sygemeldinger.*



En anden interessant detalje ved den grafiske præsentation af koncentrationsellipserne er deres orientering og udbredning i flade 1-2. Som man kan se, drejer ellipserne rundt om deres akser, når man sammenligner dem på tværs af de 6 subskyer af individer. Således er koncentrationsellipsen for subskyen af individer med 0 sygemeldinger orienteret i en diagonal, der går fra kvadrant 1 til kvadrant 4 (Figur 5.15.A). Ellipsen for subskyen af individer med 2-3 sygemeldinger (Figur 5.15.C) er derimod placeret meget tæt på fladens barycenter, og viser en orientering, som er næsten identisk med fladens:

her flugter akserne i ellipsen med de to akser i fladen. Og når man sammenligner med koncentrationsellipsen for subskyen af individer, der angiver mere end 10 sygemeldinger (Figur 5.15.F) kan vi se, at ellipsen er blevet mere langstrakt. Det giver sig også udtryk i, at excentricitetsparametrene¹⁷ for de seks ellipser går fra at være 0,44 til at være 0,65 for den sidste. Oversat til konkrete termer betyder det, at der for individerne med mere end 10 sygemeldinger, er større forskelle i deres arbejdsforhold, end der er forskelle i hvor fleksibelt deres arbejde er, når man sammenligner dem med individerne i de øvrige subskyer.

Figur 5.16 Flade 1-2. Antal sygemeldinger som supplementærpunkt m. konfidensellipser.



Man kan altså konstatere, at jo mere belastende arbejdsvilkår individerne har, desto mere tilbøjelige er de til at have flere sygemeldinger. Faktisk ser det ud til, at en stor andel af individerne med de mest attraktive arbejdsvilkår slet ingen personlig erfaring har med sygefravær i det forgangne år, mens der er en langt mere heterogen gruppe, som melder sig syge mange gange i løbet af et år.

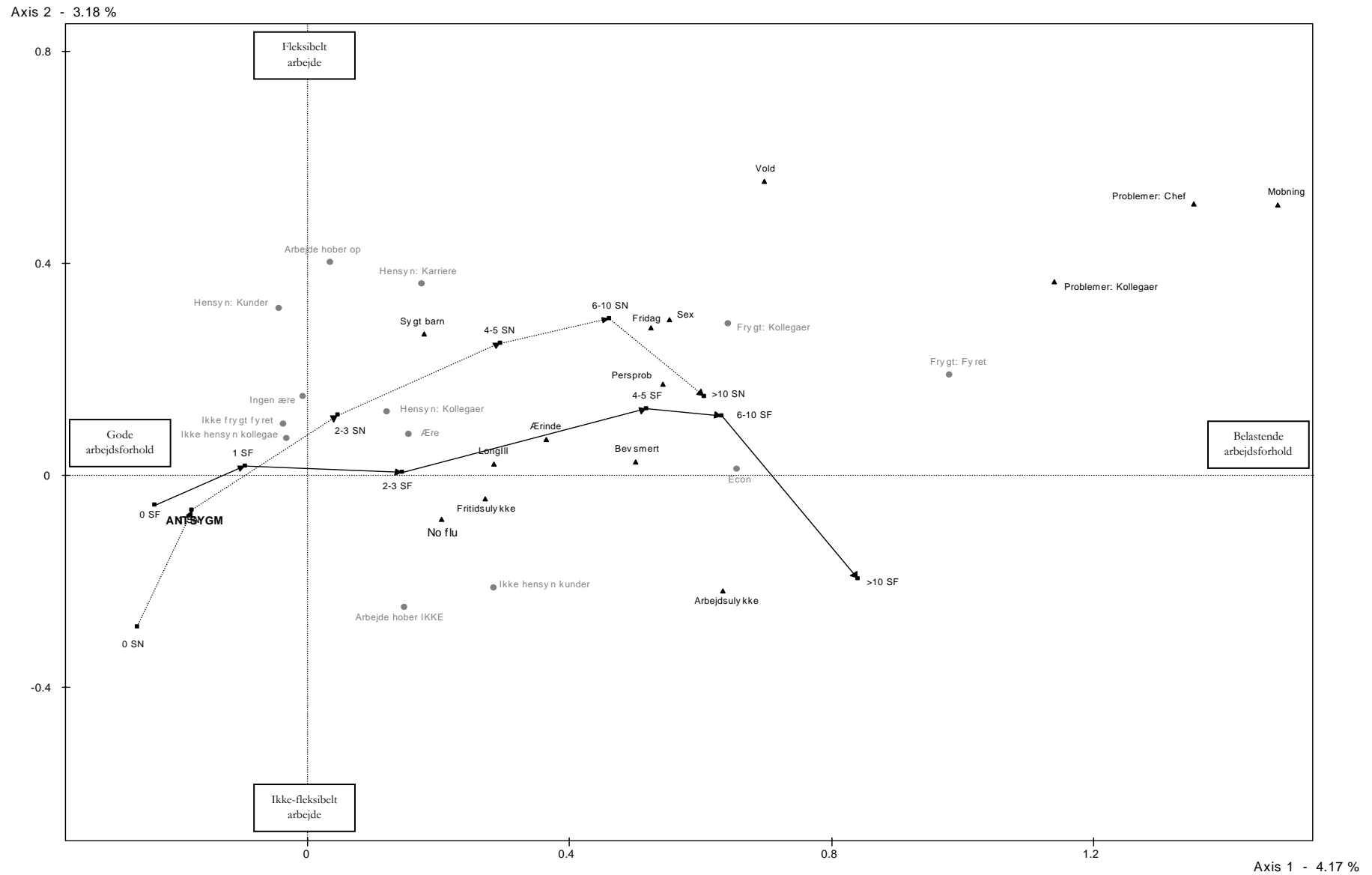
For at understøtte fortolkningen af forskellene mellem individerne med forskelligt antal sygemeldinger kan man i stedet for at indtegne *koncentrationsellipser* benytte sig af *konfidensellipser*. Sidstnævnte angiver det område af fladen, indenfor hvilket man med 95% sikkerhed kan sige, at barycentret for den pågældende subsky af individer befinder sig. Overlap mellem sikkerhedsellipserne betyder, at der *ikke* er

signifikant forskel i subskyernes barycenter. Det følger af de vanlige regler, at jo færre personer subskyen indeholder, desto større er ellipsens areal. Af figur 5.16 ovenfor fremgår det tydeligt, at der er statistisk signifikant forskel mellem barycentrene for de første 4 subskyer af individer, hvorimod der er et vist overlap i gennemsnit for subskyen af individer med 4-5 sygemeldinger og opefter.

Hvis man udelukkende skulle fokusere på *frekvensen* af sygemeldinger, ville man dog hurtigt falde i den tidligere omtalte 'fælde', hvor man ignorerer den mening, sygefraværet betragtet som en *handling* indebærer (jf. kapitel 3, afsnit C-F). Og af den grund er det væsentligt at få præciseret, om andre mål for sygefraværspraktikker ligeledes er spredt ud i arbejdslivsrummet, og hvilke mønstre, der i så fald kan afdække disse. Det er, hvad der er forsøgt illustreret i figur 5.17, nedenfor. Modaliteterne, der angiver antallet af sygemeldinger og antallet af episoder med sygenærvær, er forbundet med linjer. Vi kan derfor tydeligt se, at frekvensen af såvel sygefravær som sygenærvær er stigende, desto længere ud af første akse vi bevæger os. Ergo: jo værre arbejdsvilkår man har, desto hyppigere vil man tage sygefravær. Men det vil ligeledes sætte antallet af episoder op, hvor man går på arbejde på trods af at føle sig syg. Til gengæld er der ikke den store forskel i frekvensmodaliteterne for fladens anden akse – dog ser det ud til, at jo mere fleksibelt arbejde folk har, desto større tilbøjelighed har de til at gå syge på arbejde (forskellen mellem modaliteten, der angiver 0 episoder af sygenærvær (koordinat: -0,29) og den modalitet, der angiver 6-10 episoder af sygenærvær (koordinat: 0,30) er på 0,59, hvilket angiver en moderat stor forskel i gennemsnitspunkterne (den kalibrede forskel er 1,90 standardafvigelser, hvilket angiver en meget forskel). Hvordan det hænger sammen er der ikke nogen entydig forklaring på. Men måske er det udtryk for, at individer i toppen af flade 1-2 pga. deres højere grad af fleksible arbejdsforhold nemmere kan fortsætte deres arbejdsopgaver på trods af forskellige symptomer, da de ikke nødvendigvis behøver at være fysisk tilstede på deres arbejdsplads. Denne grad af tilpasningsmulighed findes ikke i fladens nederste del (for en teoretisk diskussion af sammenhængen mellem indflydelse og sygenærvær se Johansson & Lundberg, 2004). En anden forklaring kan også være, at det er i toppen af fladen, vi finder de individer, som er udsat for det mest belastende psykosociale arbejdsmiljø i form af hyppige afbrydelser, tidspres mm. Måske fører sådanne belastninger oftere til, at de føler, at de med rimelighed¹⁸ kunne have meldt sig syge 'alene' af arbejdsmiljømæssige grunde. Altså uden, at de har betragtet sig selv som 'klinisk' syge, men udelukkende fordi deres arbejdsvilkår har været så ringe, at de har følt sig uudholdelige og urimelige (f.eks. hvis de er blevet mobbet eller chikaneret, sådan som det også tyder på, hvis man ser på de øvrige supplementærpunkter jf. nedenfor).

Det er dog mere interessant at se, hvordan de forskellige *begrundelser* for hhv. sygefravær og sygenærvær fordeler sig langs de to første akser: længst til højre i flade 1-2 finder vi de mest alvorlige episoder af sygefravær forstået på den måde, at det er de begrundelser for at have taget fravær, som er stærkest relateret til dårligt arbejdsmiljø f.eks. mobning, 'problemer eller kontroverser med chef', 'problemer eller kontroverser med kollegaer'. Et godt stykke ud af den første akse finder vi også begrundelser som f.eks. 'arbejdsulykke' og 'vold/trusler'. Man kan i modsætning her til se, at dem, der har de bedste arbejdsforhold af og til går syge på arbejde, men at det sker ud af 'hensyn til kunder/klienter mm' eller fordi 'arbejdet ellers hober sig op'. Disse begrundelser findes ikke i særlig høj grad hos dem med de mest belastende arbejdsforhold, hvor det i stedet er 'frygt for firing', 'frygt for at kolleger bliver sure' og 'økonomiske hensyn', der betyder noget.

Figur 5.17 Flade 1-2. Sygefraværspraktikker som supplementærpunkter.

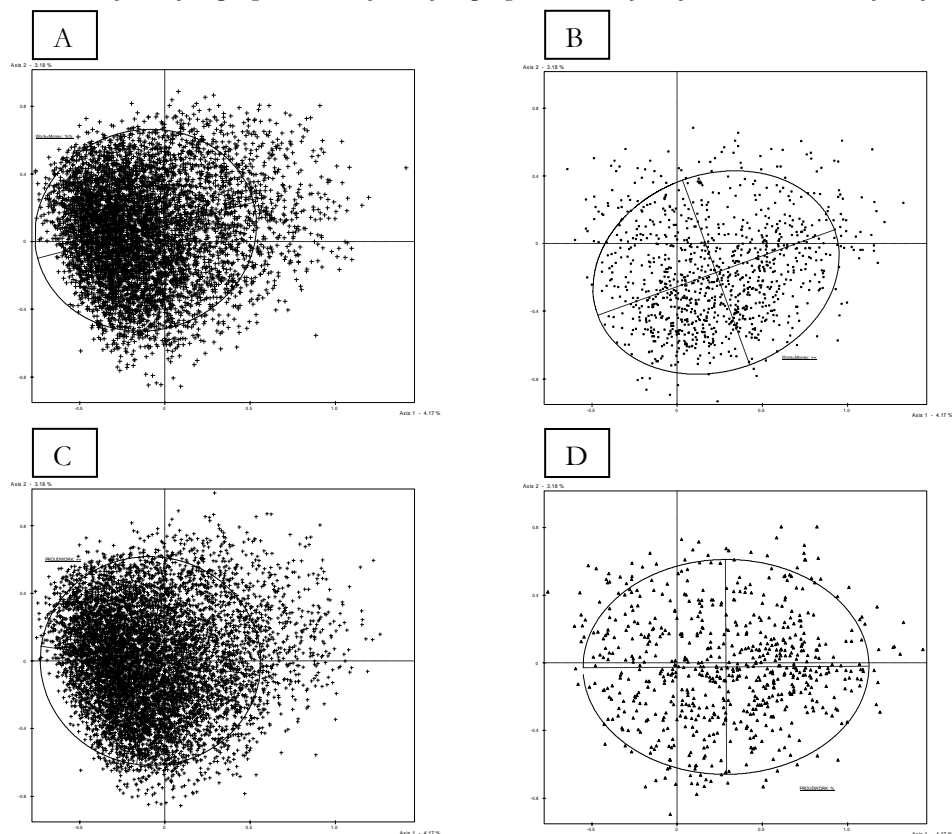


At slet ingen modaliteter, som angiver sygefravær med en bestemt begrundelse, er placeret til venstre på den første akse, er derfor helt forventeligt, da det netop er her de individer, som ingen eller meget få sygemeldinger har, er placeret.

Et andet karakteristika ved flade 1-2 er, at differentieringen af sygefraværspraktikker ikke er nær så kraftig i arbejdslivsrummets anden akse, som er tilfældet med den første. De skel, der kan konstateres, kan dog sagtens fortolkes i sammenhæng med forståelsen af akserne som et udtryk for det 'grænseløse arbejde'. I bunden af akserne finder vi sygemeldinger pga. 'arbejdsulykker', hvilket er tæt knyttet til de erhverv og individer, som har det mest tids- og stedbundne arbejde. Samtidig er der her tale om individer, som *ikke* går syge på arbejde pga. 'hensyn til kunder/klienter mm' (dvs. de har enten ingen relationer til kunderne f.eks. fordi de producerer til det anonyme marked, eller også er de ligeglade med dem f.eks. fordi arbejdet ikke har så væsentlig en plads i deres identitet, som det er tilfældet for andre typer af erhverv).

Figur 5.18 Flade 1-2. Subskyer af individer med forskellige holdninger til deres arbejde m. koncentrationsellipser.

A = Arbejde ≠ tjene penge, B = Arbejde = tjene penge, C = Stolt af arbejdet, D = Ikke stolt af arbejdet.



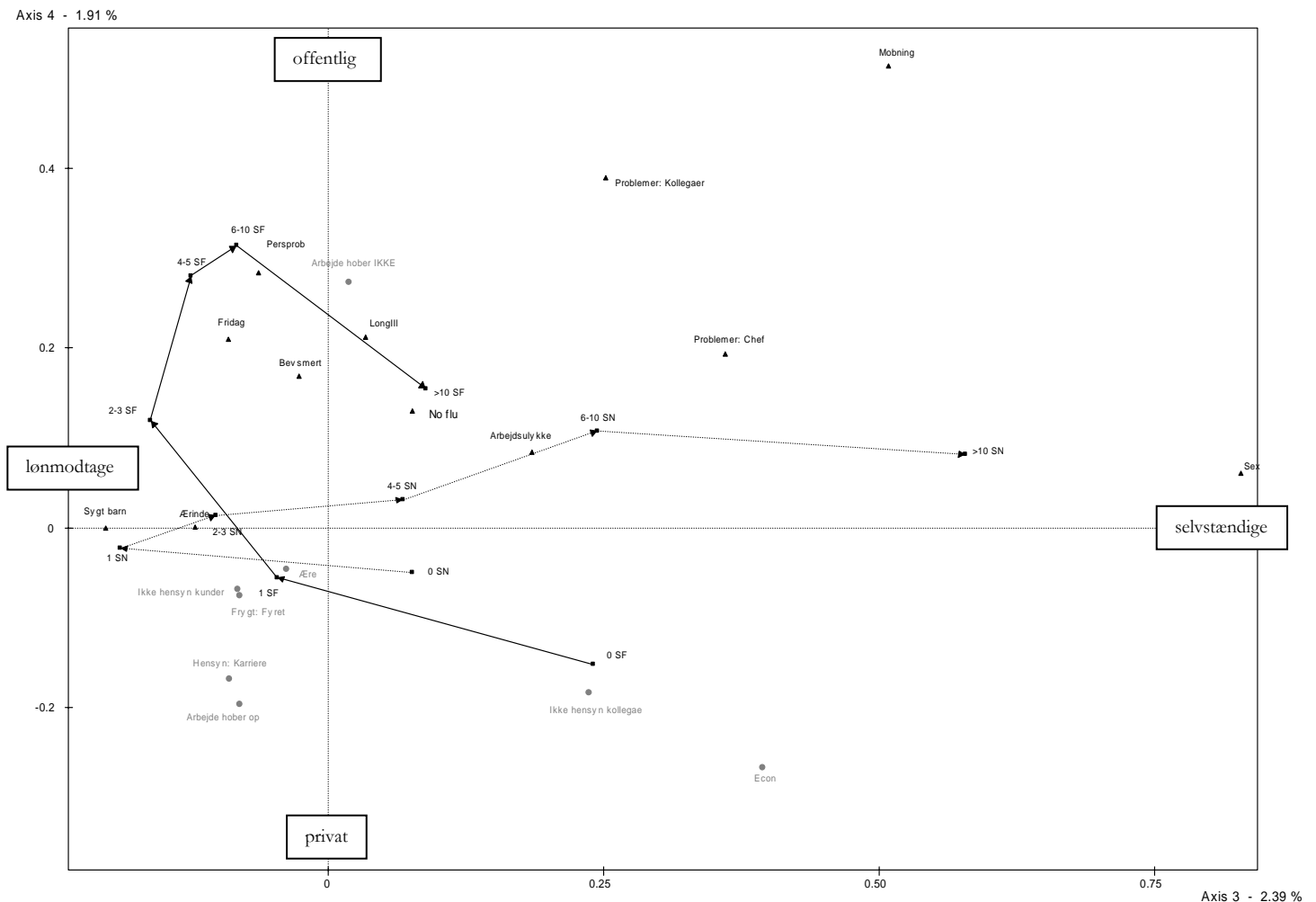
At det er en plausibel udlægning kan vi se af figur 5.18A-D, hvor to spørgsmål om holdninger til arbejdet er anvendt til at identificere de subskyer af individer, som har det mest instrumentelle forhold til deres arbejde: I Figur 5.18.B kan vi se de individer, som er helt enige i 'arbejde blot er en måde at tjene penge på'. Barycenteret for denne subsky af individer er placeret i flade 1-2's nederste højre hjørne, hvor arbejdsforholdene er mest belastende og arbejdet mindst stimulerende. Modsat finder vi i

Figur 5.18.A subskyen af individer, som er uenige i udsagnet, og som derfor arbejder af andre grunde end de rent økonomiske, måske fordi deres identitet er knyttet tættere til arbejdet. Figur 5.18C+D viser subskyerne af individer, der hhv. er stolt af deres arbejde (C) og dem der ikke er det (D). Hvad det helt præcist indebærer, og hvordan, det er relateret til, om man 'kun' arbejder for pengenes skyld, er det ikke muligt at belyse her, men pointen er den samme: I fladens nederste del har individerne en anden opfattelse af det at arbejde end flertallet i arbejdsstyrken, og det betyder, at den kontekst indenfor hvilken beslutningen om at praktisere sygefraværet på en bestemt måde, er forskellig i de to dele af fladen.

Individer placeret i bunden af fladen går heller ikke syge på arbejde, fordi 'arbejdet hober sig op' (dvs. de har arbejdsopgaver, som formentlig er baseret på almindelige lønarbejdsprincipper, f.eks. at de får betaling for at være til stede et givet sted i en bestemt periode, hvorefter de har ret til at gå hjem uanset, om der mangler at blive produceret mere eller ej. Modsat de erhverv, hvor man via sin ansættelseskontrakt kan være forpligtet til at lave sine arbejdsopgaver færdig, før man kan holde fri uanset om det betyder overarbejde, sådan som det f.eks. vil være tilfældet for visse embedsmænd, mange ledere osv.) (for en beskrivelse af ansættelser som service-forhold se Goldthorpe, 2000, s. 217-21). I toppen af den anden akse finder vi en langt større spredning og diversitet af begrundelser for både sygefravær og sygenærvær – men mange af dem knytter sig til det grænseløse arbejde f.eks. sygenærvær pga. at 'arbejdet hober sig op', 'hensyn til kunder' eller 'hensyn til karriere' (jf. ovenstående forklaring).

Hvis vi vender os mod figur 5.19 er de to næste akser i arbejdslivsrummet afbilledet. Disse akser er *specifikke*, og modstiller derfor egenskaber, der ikke nødvendigvis er af betydning for *alle* erhvervsaktive danskeres arbejdsliv. Alligevel er der en række interessante forskelle i sygefraværspraktikkerne, der kan observeres. Generelt er der ikke tale om så store forskelle i supplementærpunkternes placering, som på de første akser. Men for visse modaliteter er der alligevel tale om ganske store forskelle. Umiddelbart vil man kunne få det indtryk, at for individer ansat i den private sektor (dvs. nederst i fladen) er der en større tilbøjelighed til ikke at have nogen sygemeldinger, mens tilbøjeligheden stiger desto længere op i toppen af fladen, man når. En sådan tendens stemmer meget godt overens med den generelle forskel i sygefravær, man normalt observerer mellem ansatte i den private sektor og ansatte i den offentlige sektor (jf. kapitel 3, afsnit B). Langs den tredje akse, der skelner mellem lønmodtagere (i den venstre siden af fladen) og selvstændige (i den højre side af fladen) er det især antallet af sygenærværsperioder, som er spredt ud. Man kan således konstatere, at de selvstændige godt nok oftere har 0 sygemeldinger, men at de til gengæld hyppigere går på arbejde i situationer, hvor de følte, at de med rimelighed kunne have meldt sig syge (se også Hansen & Andersen, 2008, s. 961-3). Det er altså ikke nødvendigvis, fordi de selvstændige har et bedre helbred, men fordi de er mere tilbøjelige til at trods diverse symptomer, måske fordi de har et helt særligt forhold til deres arbejde (for en nærmere diskussion af det se kapitel 6, afsnit X, XI).

Figur 5.19 Flade 3-4. Sygefraværpraktikker som supplementærpunkter.



Og det er ikke kun, når det kommer til *hyppigheden* af hhv. sygefravær og sygenærvær, at der er substantielle forskelle i flade 3-4. Der er også grundlæggende forskelle mellem begrundelserne for at tage fravær og nærvær i enderne af fladen. Individer ansat i den private sektor gør oftere sådan af 'økonomiske hensyn', måske fordi der i den private sektor stadig er en del erhverv, hvor man ikke er sikret fuld løn i tilfælde af sygdom (se kapitel 2, afsnit 1). Ligeledes er disse individer mindre tilbøjelige til at gå syge på arbejde af 'hensyn til kollegaerne'. Dette skal ikke nødvendigvis forstås sådan, at ansatte i den private sektor er mindre solidariske med deres kollegaer. Det hænger formentlig snarere sammen med, at der er flere jobs, hvor samarbejdet med kollegaerne ikke er så intenst, og hvor arbejdsopgaverne ikke risikerer at blive pålagt kollegaerne i tilfælde af sygdom, sådan som det er tilfældet for mange offentligt ansatte f.eks. i plejesektoren (for en diskussion af det se Elstad & Vabø, 2008). I den private sektor er det også begrundelser som 'frygt for at blive fyret' og 'hensyn til karriere', der betyder noget. Det indikerer, at sygefravær i nogle tilfælde bliver en 'konkurrenceparameter', der måske bruges til at 'sortere' de ansattes muligheder for advancement og i det hele taget deres fortsatte beskæftigelse. På den måde knytter sygefravær og sygenærvær sig an til den grad af jobsikkerhed, der er forbundet med jobbet (for en uddybning af det se ligeledes kapitel 6, afsnit III-VII).

Det er også interessant at se, hvordan en begrundelse som 'passe sygt barn' er at finde, som det yderligste supplementærpunkt i den venstre side af tredje akse. Det er mao udtryk for en praktik, der næsten udelukkende er aktuel for lønmodtagere. Det er måske ikke så overraskende, da der for mange selvstændige vil være mulighed for at tilrettelægge arbejdet på en sådan måde, at kontoropgaver stadig kan udføres på trods af barnets sygdom, ligesom der stadig for nogen selvstændige er et overlap mellem deres private bolig og deres arbejdsplads. Det kan gøre det nemmere, fordi man bedre ville kunne integrere det med at fortsætte sine arbejdsopgaver end det er tilfældet for en lønmodtager, der ikke kan tage et sygt barn med på arbejde. Det samme gør sig til en vis grad gældende for modaliteterne 'hårdt brug for en fridag' samt 'personlige problemer eller problemer i familien', der ligeledes er placeret længst til venstre ad akse 3. Der er med andre ord igen tale om typer af sygefravær, som næsten udelukkende tages i anvendelse af lønmodtagere. De tre modaliteter længst til venstre er alle eksempler på, at sygefravær bliver praktiseret som en måde at 'cope' på (jf. diskussionen i kapitel 3 og 4). De angiver måske situationer, hvor respondenterne ikke følte sig 'rigtigt' syge, men af forskellige årsager fandt det mere praktisk at tage sygefravær end at gå på arbejde. Hvis modaliteterne tolkes sådan er denne måde at praktisere sygefravær på et godt eksempel på de tanker Esping-Andersen gør sig om velfærdsstatens indvirkning på markedet. I disse situationer har retten til at tage sygefravær rykket substantielt på de frihedsgrader almindelige lønmodtagere har mht at frigøre sig delvist af markedet (Esping-Andersen, 1990, s. 153-7). En sidste interessant omstændighed ved placeringen af disse modaliteter er, at hvor 'passe sygt barn' er placeret i centrum af den fjerde akse, befinder de to resterende modaliteter sig begge i toppen af fladen. Det betyder, at 'passe sygt barn' er en praktik, som ikke er forbundet mere med den offentlige sektor end med den private. Det er ikke så mærkeligt givet det faktum, at det er en mulighed, som er indskrevet i langt de fleste overenskomster på både det offentlige og det private arbejdsmarked. Til gengæld er 'hårdt brug for en fridag' og 'personlige problemer eller problemer i familien' mere hyppigt forekomne praktikker i den offentlige sektor end i den private. At benytte sygefravær som en måde at cope på er derfor mere udbredt blandt offentligt ansatte end privatansatte. Det kan måske hænge sammen med konsekvenserne af at tage fravær for deres fremtidige tilknytning til virksomheden (jf. kapitel 6, afsnit IV, VII). Uanset hvad peger analysen på, at forskellen mellem offentligt og privatansatte, såvel som mellem lønmodtagere og selvstændige er dimensioner, det vil være oplagt at granske nærmere.

Social differentiering i danskernes sygefraværspraktikker

Resultatet af de foregående siders analyse er forholdsvis klare: der er social differentiering i den måde de erhvervsaktive danskere praktiserer sygefravær på. Sygefraværet har ikke den samme frekvens i forskellige dele af arbejdslivsrummet, det følges ikke altid lige hyppigt af sygenærvær, og hvad der er vigtigst: begrundelserne for at tage fravær eller gå syg på arbejde varierer alt efter placering i arbejdslivsrummet. Sygefravær er med andre ord som en refleksiv praksis, hvor den potentielt sygemeldte hele tiden må forholde sig til en lang række kontekstuelle forhold, der kan ændre legitimiteten af bestemte måder at handle på.

De, der har det bedste arbejdsmiljø, har samtidig det laveste niveau af sygefravær, og i mange tilfælde har individer placeret i denne del af arbejdslivsrummet slet ingen *personlig* erfaring med fænomenet; dem, der har det dårligste arbejdsmiljø og meget krævende arbejdsforhold i det hele taget (særligt mht

det fysiske arbejdsmiljø), har derimod stor personlig erfaring med såvel sygefravær som sygenærvær og bruger samtidig et større udvalg af begrundelser for at legitimere deres måder at handle på.

At der samtidig er en klar social differentiering af arbejdsvilkårene kunne vi også se ovenfor, idet både uddannelse og indkomst er klart fordelt langs både den første og anden akse. Det betyder samtidig, at de store forskelle i sygefravær, som man ofte hører omtalt i medier, er forbundet til klare forskelle i arbejdsvilkår. Lidt firkantet sagt kan man konstatere, at de dårligst uddannede og dem der tjener mindst, har de dårligste arbejdsvilkår, det mindst fleksible og det mest farlige arbejde, hvilket forklarer, at de også har et højere niveau af sygefravær. (Men vi må igen huske på, at det ikke er muligt at afgøre, hvordan den præcise sammenhæng mellem social klasse, sygefravær og arbejdsvilkår er). Samtidig er de rigeste og de bedst uddannede dem, der har de bedste arbejdsvilkår og næsten ingen personlig erfaring med sygefravær på trods af, at de skal regulere og forsøge at påvirke andres sygefraværspraktikker (jf. kapitel 6, afsnit IV, VI-VII).

Det betyder, at den kontekst indenfor hvilket sygefraværet praktiseres er vidt forskellige på tværs af forskellige erhvervsgrupper, hvilken man ikke bare kan se bort fra. Det betyder samtidig, at regressionanalysens antagelse, 'ceteris paribus', er uholdbar, da en 'arbejdsmiljøfaktor' sandsynligvis ikke er indskrevet i samme kontekst, og derfor heller ikke vil have den samme konsekvens for alle individer på tværs af punktskyen. Ét sæt af begrundelser, der fungerer fint som legitimation til at tage fravær i én bestemt kontekst, kan være illegitime i en anden.

Men, hvis der på den måde kan konstateres forskelle i de vilkår, der danner kontekst for forskellige erhvervsgruppers måde at praktisere deres sygefravær på, er spørgsmålet, om disse disse strukturelle forskelle også fører til forskelle i den *mening*, fænomenet bliver tillagt af forskellige grupper af individer? Det kan man ikke udtale sig skråsikkert om ved hjælp af ovenstående analyse, da hele det aspekt, der handler om at knytte de forskellige vilkår sammen, meget vanskeligt kan gribes vha spørgeskemaer (selvom det dog vil være min påstand, at det ingenlunde er umuligt). Man kan jo forestille sig mange måder at fortolke en placering i arbejdslivsrummets nederste højre hjørne – både som en forbandelse, der søges afværget på bedste vis, eller som en prøvelse, der er med til at danne ens karakter og give styrke, eller som noget uomtvisteligt positivt, fordi alternativet (f.eks. et stillesiddende job) har en masse andre negative 'bivirkninger', som vil være mere uudholdelige, end at man har et hårdt fysisk arbejde. For at undersøge dette spørgsmål nærmere må vi forsøge at se på den måde sygefravær italesættes, når man interviewer et bredt udvalg af repræsentanter for erhverv spredt ud i arbejdslivsrummet. Det vil være opgaven for afhandlingens sidste kapitel.

¹ Som så mange andre begreber indenfor sociologien er hverdagsliv også omdiskuteret. I denne sammenhæng er det ikke de gængse inspirationer fra den symbolske interaktionisme, der menes (for en glimrende dansk diskussion af traditionen se Jacobsen & Kristiansen, 2005). Det er vanligt at udpege tre særlige kendetegn ved hverdagslivssociologien: 1) fokus på mennesker i deres naturlige omgivelser, 2) fokus på konkrete, ansigt-til-ansigt relationer, og 3) fokus på menneskers common-sense forståelser af et fænomen istedet for videnskabelige forståelser. To af disse kendetegn er også vigtige for den forståelse af hverdagslivet, der opereres med i nærværende afhandling. Det drejer sig om fokuseringen på mennesker i deres naturlige omgivelser, og på disse almindelige menneskers common-sense forståelse (af sygefravær og) af deres helt almindelige hverdagslige rutiner (hvortil sygefraværet kan begrebsliggøres som en 'afbrydelse', hvilket også gøres af nogle af de interviewede f.eks. kapitel 6, afsnit XIV). Men i stedet for at studere dette vha. feltarbejde og observation er der i stedet brugt survey og interviews til at indsamle erfaringsmateriale. Det betyder, at der ingen ansigt-til-ansigt relationer er at finde i denne afhandling, og at mikrosociologien, som i mange sammenhænge er gjort synonymt med et hverdagslivsperspektiv, er fravalgt (for en diskussion af det se fx Jacobsen & Kristiansen, 2005, s.15-6).

Her vil nogen måske spørge, hvordan dette fokus så hænger sammen med det udgangspunkt, der har været i Adorno gennem hele afhandlingen. Han er i hvert fald ikke særligt kendt som hverdagslivsteoretiker, men snarere som en meget makro- og strukturorienteret sociolog. Min pointe vil være, at man også kan tænke en særlig Adornosk variant af hverdagslivsforskningen bedst eksemplificeret af hans måske mest berømte bog *Minima Moralia*, der har undertitlen – *Refleksioner fra det beskadigede liv* (Adorno, 1987). Samlingen af aforismer tager i alle tilfælde udgangspunkt i Adornos egne erfaringer som menneske, som tysk jøde, der måtte flygte, som barn af velhavende forældre fra det tyske borgerskab, som komponist, som mand, som ægtefælle osv. Aforismerne er netop små refleksive attentater på de gængse forståelser af livet (for en uddybning af denne pointe se Bernstein, 2001, 40-74). Det kan måske i sig selv lyde som om, at et sådant perspektiv allerede bryder med en hverdagslivsforståelse, da man i mange variationer af dette, jo netop hylder og analyserer common-sense forståelser af et givent fænomen. Pointen hos Adorno er dog ingenlunde at forklejne en sådan tilgang, men han hævder dog at common-sense forståelserne i høj grad er smittede, beskadigede, påvirket, medieret af den samfundstotalitet, hvori de indgår. ”Der gives intet rigtigt liv i det falske” (Adorno, 1987, s. 25), skriver han i én af sine aforismer, og pointen med dette udsagn er at slå fast, at meditationerne over hans personlige hverdagslivserfaringer ingenlunde fritager ham fra netop de dilemmaer, han analyserer frem. Når samfundstotaliteten lægger sit tunge åg på mennesket er der ingen, der undslipper, heller ikke Adorno selv, og netop deri består det dialektiske aspekt ved denne tilgang.

Men det er selvfølgelig forkert, hvis man tror, at det Adornoske perspektiv skulle være radikalt nyt. I en interessant artikel om marxistiske varianter af hverdagslivssociologien argumenterer Gardiner (2005) for, at der allerede hos Marx selv var et hverdagslivsperspektiv. Det er dog ikke lige centralt gennem hele forfatterskabet, men næede dog at inspirere senere sociologer. Her tænker Gardiner på hhv. Georg Simmel, Georg Lukacs, Walter Benjamin og Agnes Heller, hvortil jeg vil føje Adorno's navn. Påstanden hos Gardiner er, at det berømte fjerde afsnit i kapitel 1 af Kapitalens første bind om ’Varens fetichkarakter og dens hemmelighed’ (Marx, 1970, s. 170-85), danner inspiration for de senere granskninger af kapitalismens måde at gribe ind i menneskers hverdagsliv på. Inspirationen er klart tilstede i Lukacs diskussion af tingliggørelse i hans artikel ’Tingliggørelse og proletariats bevidsthed’ (Lukacs, 1971), hvor målet var at undersøge ’i hvor høj grad vareformen i sammenhæng med dets strukturelle konsekvenser er i stand til at påvirke *hele* samfundets ydre og indre liv’ (Lukács, 1971, s. 84). Meget af pointen med Vest-Marxismen som såvel Lukács, Benjamin og Adorno kan siges at tilhøre, var netop at udbrede den marxistiske analyse fra den snævre politisk-økonomiske vinkel, der var lagt i Marx's oprindelige værker samt i den efterfølgende mere ortodokse læsning af ham, som man finder den hos f.eks. Engels, Kautsky og Lenin (se Månson, 2000, s. 140-3). Spørgsmålet blev altså, hvordan kapitalismen og økonomien i det hele taget virker ind på menneskers bevidsthed, deres kultur og andre ’epifænomener’. Tingliggørelsesbegrebet indebærer altså om ikke andet så i hvert fald indirekte fokus på hverdagslivet.

At Adorno i særlig høj grad var optaget af spørgsmålet om tingliggørelse bliver også fremhævet i mange læsninger, f.eks. den Habermas fremlægger i diskussionen af Adorno og Horkheimer i *Teorien om den kommunikative handling* (Habermas, 1984, s. 369-77). Her fremhæver han, hvordan de teorier om fascismens fremkomst og kulturindustrien, hviler på en forestilling om, at tingliggørelsesprocesser, der har sit udspring i vareformen, trænger dybt ind i menneskenes bevidsthed, og påvirker forskellige socialpsykologiske processer i personligheden og den måde mennesket motiveres på. Selvom Adorno mange steder ’nøjes’ med at betragte denne udvikling fra en ren strukturel vinkel, er der altså også steder i hans forfatterskab, hvor den subjektive oplevelse af disse tingliggørelsesprocesser udlægges, som f.eks. i *Minima Moralia* (se i øvrigt Cook, 2004, s. 39-70 for en glimrende diskussion af forskelle og ligheder mellem Adorno og Habermas's forståelse af tingliggørelse og omfanget af dets indgriben i menneskers hverdag). Når jeg i det følgende omtaler det sociologiske perspektiv som hverdagslivssociologi handler det altså primært om *indholdet* af analyserne (dvs. fokuseringen på ’helt almindelige menneskers’ forståelse af hverdagsfænomener som sygefravær, sygdom og arbejde og relationerne mellem disse fænomener), og ikke på de traditionelle teorier og metoder, der tages i anvendelse.

² Denne tankegang optræder også hos Højrup, der skriver om vanskelighederne ved at overføre begreber udviklet til brug for én livsform til en anden på følgende måde: ”I et samfund findes der på denne måde hverdagsideologier, som er en slags ’teorier’ om dette samfund selv. De begrænses blot af, at de implicerede begreber universaliseres, idet de har karakter af at være fænomener, der virkelig eksisterer i kraft af deres iboende, virkelige natur. I den urbane livsform vil man opfatte det, som om ’arbejdet’ for alle mennesker først og fremmest er en belastning, idet dette nu engang er en essentiel del af arbejdets natur som sådan. Med dette ideologiske begreb vil samlebåndsarbejderen tolke landmandens ’arbejde’ uden at det kunne forstå dette, som det virkelig er, eller som det opleves af landmanden selv... Under normale omstændigheder og inden for

deres egen livsform, bruger folk således deres ideologiske hverdagsbegreber på en gennemgående konsistent måde, men har ikke mulighed for igennem dette begrebsunivers at forstå, hvad for eksempel en familie er, eller et arbejde er, eller et godt livsperspektiv er i andre livsformer, hvor virket netop struktureres på principielt andre måder, end tilfældet er i deres egen livsform. Direkte etnocentrisk, mangetydigt og vildledende bliver brugen af disse ideologiske begreber først, når de af forskere for eksempel indenfor 'velfærdsforskning' gøres til 'tekniske termer', som i kraft af deres tilsyneladende afspejling af essentielle forhold i den virkelige verdens ting og subjekter, hæves op over den livsforms begrebsunivers, hvorfra de stammer, og benyttes til klassifikation og tolkning af forhold på tværs gennem hele samfundet henover alle livsformer... I de almindeligt anvendte velfærdsundersøgelser er det ideologiske begreber fra livsform 2, man gør til tekniske termer og foretager generelle målinger af levevilkårene i hele befolkningen med. Det sker udfra den opfattelse, at den lønarbejdende befolkning er den altovervejende i det moderne samfund, at den repræsenterer det, der må betragtes som normalt og rationelt i samfundet i dag og derfor udfra en i det hele taget manglende problematisering af disse begrebers status teoretisk og empirisk eller rettere: videnskabeligt og ideologisk. Man anser det derfor for rimeligt og essentielt for en måling af levevilkårene at spørge repræsentative udsnit af hele befolkningen om indtægts størrelse, arbejdstid, arbejdsbelastning, indflydelse på arbejdsforholdene, fritidens kreative kvalitet, kvaliteten af familierelationer og såkaldte sociale relationer i det øvrige fritidsliv, boligstandard, adgang til og kvaliteten af servicefaciliteter og så videre. De selvmodsigelser og restgrupper, der falder åbenlyst ud af systemet, forsøges indfanget med opblødninger af de standardiserede spørgeskemaer, indføjeelse af åbne spørgsmål og lignende, men principielt for at kunne give 'respondenterne' ensartede 'stimuli', som muliggør svar, der kan standardiseres på forhånd og senere behandles statistisk med henblik på måling af samvariationer. Denne *metode* forudsætter, at der er tale om een essens i samfundet, som man kan foretage standardiserede målinger på... Empirisk bevises disse opfattelser med påvisningen af, at de eventuelle udkantserhverv og marginalgrupper, som ikke følger de almene normer, er historiske levn eller afvigelser fra det normale og rationelle slet og ret." (Højrup, 1983, s. 192, 209-10) At der har været de samme problemer i forbindelse med ASUSI-undersøgelsen kunne vi konstatere ved det høje antal selvstændige erhvervsdrivende, som returnerede spørgeskemaet med besked om, at de ikke så sig i stand til at besvare spørgeskemaet, fordi det ikke var tilpasset deres særlige situation.

³ For at forstå det nærmere kan man anvende et skel der først blev gjort helt eksplicit af Sohn-Rethel i hans diskussion af Håndens og Åndens Arbejde (Sohn-Rethel, 1975, s. 39-41). Det drejer sig om distinktionen mellem *tanke*abstraktioner og *real*abstraktioner. Førstnævnte er de abstraktioner, der f.eks. opstår, når man i en afhandling om sygefravær i tanken beskriver og forenkler fænomenets faktiske væren. Det er i al væsentlighed også det, der ligger til grund for den kritik, Adorno har af identitetstænkningen, som netop er et eksempel på, hvordan tankeabstraktioner er forskellige fra og utilstrækkelige beskrivelser af de virkelige fænomener, begreberne forsøger at gribe. I modsætning hertil er *real*abstraktioner udtryk for konkrete forandringer af virkeligheden, hvor de handlinger, der praktiseres bliver abstrakte, dvs. at de bliver gjort mere og mere identiske og standardiserede. Her er abstraktionen altså ikke noget rent tankemæssigt, men en konkret proces, der foregår i virkeligheden, og som forandrer virkeligheden ved at gøre den mindre forskellig (for en diskussion af begrebet og dets relation til såvel Adorno som Habermas se Morris, 2001, s. 87-93). Hvis Giddens' tanker om den dobbelt hermeneutik (Giddens, 1993, s. 170) er korrekt, kan sociologiens tankeabstraktioner få konkrete virkninger som realabstraktioner ved at forståelsen af den menneskelige handling først simplificeres og standardiseres i tanken, og efterfølgende flyder denne abstrakte tankegang tilbage i livsverdenen, og er dermed med til at producere konkrete forandringer af menneskenes praksis ved at standardisere disse.

⁴ Blumer selv var knap så kritisk og slår fast i sin kritiske artikel om variabelsociologien, at det ikke er tilgangen som sådan, der er problematisk, men derimod dets hegemoni: "In closing, I express a hope that my critical remarks about variable analysis are not misinterpreted to mean that variable analysis is useless or makes no contribution to sociological analysis. The contrary is true. Variable analysis is a fit procedure for those areas of social life and formation that are not mediated by an interpretative process. Such areas exist and are important. Further, in the area of interpretative life variable analysis can be an effective means of unearthing stabilized patterns of interpretation which are not likely to be detected through the direct study of the experience of people. Knowledge of such patterns, or rather of the relations between variables which reflect such patterns, is of great value for understanding group life in its "here-and-now" character and indeed may have significant practical value. All of these appropriate uses give variable analysis a worthy status in our field. In view, however, of the current tendency of variable analysis to become the norm and model for sociological analysis, I believe it important to

recognize its shortcomings and its limitations.” (Blumer, 1956, s. 689-90) Det er jo svært at være uenige i en sådan betragtning, og den flugter da også meget med Adorno’s forestilling om de kvantitative og kvalitative metoders gensidige afhængighed.

⁵ Det maksimale antal akser er bestemt af antallet af det laveste kategorier i krydstabellens kolonner eller rækker fratrasket 1. Da vi har en krydstabel (J*K) med 3*6 celler, betyder det, at der maksimalt kan være (3-1=2) principale akser i eksemplet.

⁶ Der er ikke nogen umiddelbar hjælp at hente hos Bourdieu i forhold til dette ’emne’. I en parentes bemærker han det følgende om arbejdsmarkedet: ”The abstract notion of the ‘labour market’ requires a similar critique which would describe both the invariants and the variations in the relationship between the owner of the means of production – and therefore of the jobs – and the seller of labour power, according to the power relations between the two parties. These depend, among other things, on the rarity of the post and the material and symbolic advantages it gives on the rarity of the labour power supplied or of the qualifications which guarantee it; in other words, on the degree to which the job supplier can withstand individual or collective withdrawal of labour power (refusal of the job, a strike etc.) and the extent to which the possessor of labour power is able to refuse the job (depending, for example, on his qualifications, age and family responsibilities, with the unmarried young being least vulnerable).” (Bourdieu, 1984, s. 224-5) Pointen hos Bourdieu handler altså meget om den relative kontrol og indflydelse, som hhv. arbejdstager og arbejdsgiver har. Disse forhold er nemlig med til at skabe magtrelationerne på arbejdsmarkedet. Da formålet med denne analyse ikke er at udvikle en særegen Bourdieusk tilgang til studiet af sygefravær, vil jeg undlade at dvæle yderligere ved de forslag Bourdieu kommer med, ikke mindst, fordi de nødvendiggør oplysninger, der ikke tilgængelige gennem ASUSI-undersøgelsen. Nogle af de elementer, Bourdieu nævner vil være yderst relevante kontekstuelle faktorer for bestemte gruppers måde at praktisere deres sygefravær på. Men der udover vil der være en lang række andre faktorer, som også har betydning. Det gælder f.eks. de, der knytter sig specifikt til arbejdsmiljøet, og som på den måde kan siges at være forhold, som udbyderen af arbejdskraft må være rede til at cope med. Men afhængigt af konjunkturerne kan de også fungere som en hæmsko for udbyderen af arbejde ifht at få besat stillingerne, fordi nogle af disse måske stiller mere barske krav til arbejdsevnen end andre. Kvalifikationer kan i hvert fald ikke forstås alene som uddannelse og evner, men må også forstås som arbejdsevne i fysisk såvel som psykologisk forstand. Det vil formentlig være langt mere frugtbart at basere disse overvejelser på nogle af de ganske veludviklede klasseanalyser, der tager direkte udgangspunkt i den marxistiske tradition, som f.eks. Erik Olin Wright og John Goldthorpe, hvilket da også har været fremgangsmåden efterfølgende, selvom det ikke er gjort på nogen systematisk måde.

⁷ Og da jeg desværre ikke læser fransk har det ikke været muligt at konsultere den originale tekst.

⁸ Man kan dog kritisere såvel Bourdieu som hele GDA-tilgangen for at være utilstrækkelige i forhold til at bryde med de reelle problemer vedrørende forestillingen om virkeligheden som lineær. GDA forudsætter nemlig stadig, at de dimensioner, der udtrækkes gør det muligt at stille individerne op på en linje. Og selvom, der er en linje for hver dimension i virkeligheden, forudsætter denne tilgang stadig, at individerne er placeret i relation til hinanden på en måde, der tilsvarende en linje (for en uddybning af denne kritik se Mohr, 2000, s. 14-8).

⁹ De anvendte forkortelser i parentes svarer til de labels, som modaliteterne fra de pågældende variable får i de efterfølgende figurer.

¹⁰ Appendix 1 indeholder en fuld beskrivelse af samtlige variable inklusive spørgsmålsformuleringer.

¹¹ At det er nødvendigt at operere med såvel rå som modificerede intertiter i MCA, handler om den arbitrære sammenhæng mellem antallet af modaliteter, og den samlede inert i punktskyen i MCA. Når der ikke tages højde for det, bliver de enkelte principale aksers betydning for punktskyen kraftigt undervurderet. Det kan man f.eks. se på de procentsatser, der er at finde gennem dette kapitel ud for hver akse. For at gøre disse rater sammenlignelige med f.eks. forklaret varians (R^2) som det mål bruges i den lineære regression, har Benzécri anbefalet en måde at modificere intertiterne, som gør dem mere anvendelige (se Rosenlund, 2000, s. 125).

¹² Korrespondanceanalysen og dele af faktoranalysen har meget til fælles. Den klassiske tilgang til faktoranalyse, principal components analysis (PCA) svarer til GDA af en individ*kontinuerte variable tabel, hvor den multiple korrespondanceanalyse svarer til GDA af en individ*kategoriseret variable. Forskellen er altså alene, hvilken type variable der anvendes i analysen. Men der findes en del andre typer af faktoranalyse med andre former for rotation, som fjerner sig fra den fælles arv som MCA og PCA udspringer af, når de tænkes indenfor rammerne af GDA (Le Roux & Rouanet, 2004, s. 10-1).

¹³ At modaliteterne, der altså tilhører egenskabsrummet, i det følgende tillægges agens kan virke som en problematisk brug af sproget. Men det følger af affiniteten mellem de to rum, der er resultatet af MCA-analysen: individrummet og egenskabsrummet. I princippet er individerne bærere af alle informationer i analysen, og sammenhængen mellem de to rum er, at koordinaterne for de enkelte modaliteter svarer til barycenteret for den gruppe af individer, som tilhører den pågældende modalitet. Når modaliteterne omtales, som noget der handler, refererer det altså til de individer, som er forudsætningen for modalitetens placering i egenskabsrummet.

¹⁴ Andetsteds i Le Roux & Rouanets introduktion til den Geometriske Dataanalyse taler de om, at man kan 'kalibrere' distancen mellem to modalitetsgennemsnit (se Le Roux & Rouanet, 2004, s. 380). Dette gøres ved at dividere forskellen mellem koordinaterne for de to implicerede modaliteter med aksens standardafvigelse. Der angives ingen steder, hvornår det er nødvendigt at kalibrere afstandene, men det handler vel om de tilfælde, hvor man har afstande mellem modalitetsgennemsnit, der er mindre end 1. Her vil kalibreringen kunne afsløre, hvorvidt der alligevel er en stærk forskel mellem dem. Hvis man kalibrerer afstanden mellem modalitetsgennemsnittet for 0 sygdomsmeldinger og gennemsnittet for modaliteten, der angiver mere end 10 sygdomsmeldinger, får man, at den kalibrerede distance er 3,02 standardafvigelser $((-0,28 - (0,83)) / \sqrt{0,1253} = 3,02)$, altså en meget stor forskel.

¹⁵ Som, man kan se, er der forskel i skaleringen af akserne alt afhængigt af, om der er tale om afbilledninger af egenskabsrummet, individrummet eller en simultan repræsentation. Det hænger sammen med den tidligere nævnte diskrepans mellem de to skyer. Det har umiddelbart ingen betydning for fortolkningen, fordi strukturen i de to skyer er identiske, men afstandene mellem punkterne varierer alt efter repræsentationsmåde, hvilket i nogle tilfælde gør det nødvendigt at 'kalibrere' afstandene jf. note 14 (for et andet eksempel se Le Roux & Rouanet, 2004, s. 54).

¹⁶ At der er tale om kvadratiske sammenhænge, og i hvert fald ikke lineære skyldes, at akserne i GDA er udtrukket på en sådan måde, at de er *ortogonale* i forhold til hinanden. Dvs. de står i en vinkel på 90°, hvilket indikerer, at de er uafhængige af hinanden (eller har en korrelation på 0). Det er således per definition ikke muligt at observere lineære sammenhænge mellem de udtrukne akser, men ikke-lineære sammenhænge som f.eks. kvadratiske kan godt forekomme (Le Roux & Rouanet, 2004, s. 220).

¹⁷ Excentricitetsparameteret er en værdi mellem 0 og 1, der angiver forholdet mellem en ellipses fokus, og dens storakses længde. I de tilfælde, hvor ellipsen er en cirkel, er fokus identisk med centrum. I disse situationer er excentricitetsparameteren = 0. Jo tættere på 1 denne parameter er, desto mere langstrakt er ellipsens store akse og ellipsen er dermed fladtrykt – i disse tilfælde vil ellipsen antage 'cigar-form' (se Den store danske encyklopædi (http://www.denstoredanske.dk/It_teknik_og_naturvidenskab/Matematik_og_statistik/Analytisk_plan-_og_rumgeometri/ellipse?)).

¹⁸ Her skal vi huske på, at spørgsmålet, der måler sygenærvær er formuleret: 'Hvor mange gange indenfor det sidste år er du gået på arbejde selvom du med rimelighed kunne have meldt dig syg?' Der er altså *ikke* tale om, at respondenterne er blevet bedt om at vurdere, om en læge ville mene deres helbred, var for ringe til at gå på arbejde. I stedet er det et mål, der baserer sig på oplevelsen af, at sygefravær ville have været legitimt i situationen (for en diskussion af dette se Hansen & Andersen, 2008).

Kapitel 6

Billeder af sygefraværet i dag

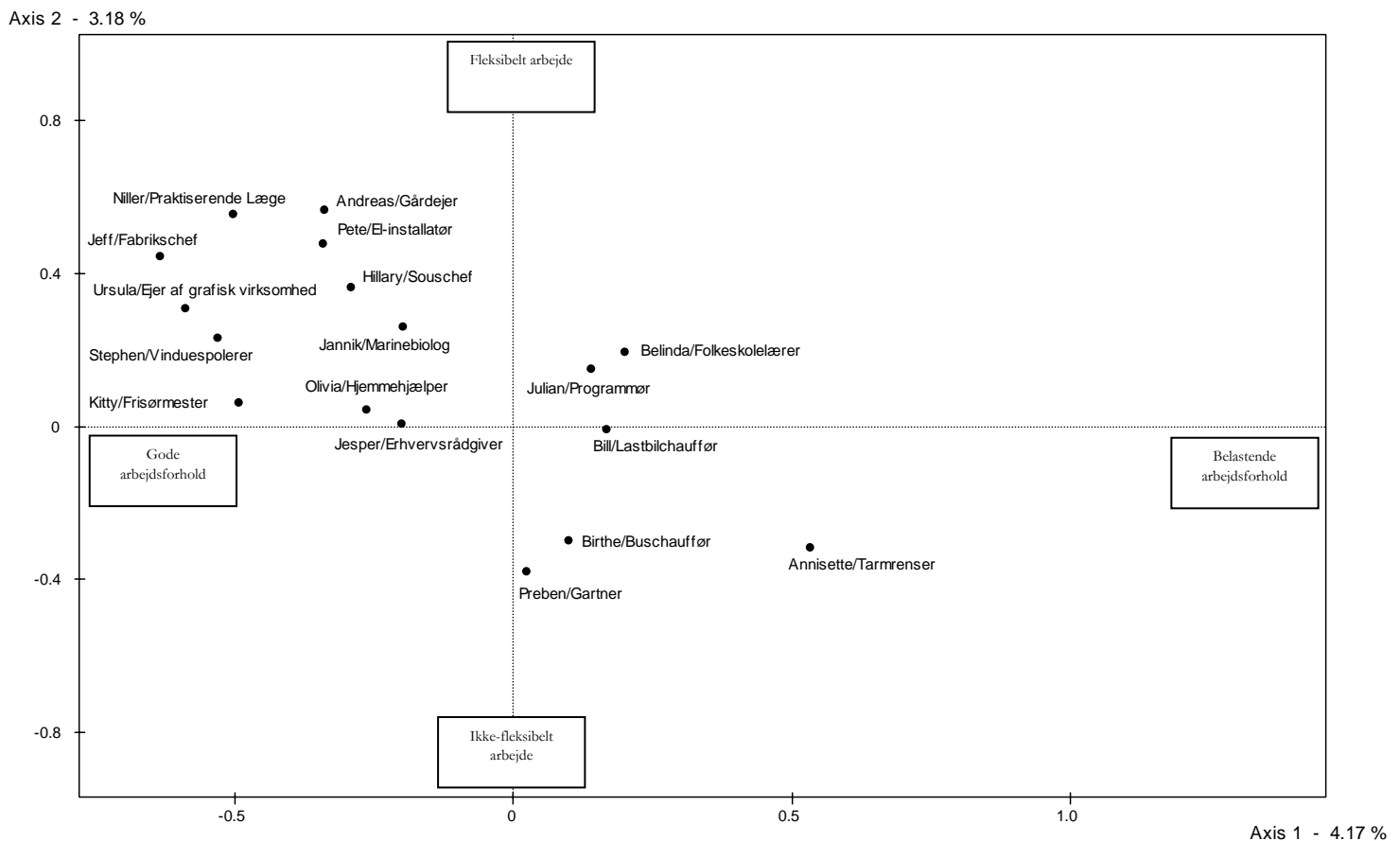
Nogle bemærkninger om metode

Dette kapitel forsøger at illustrere, hvordan sygefraværet praktiseres forskelligt i forskellige situationer, og hvordan denne praksis i mange tilfælde er en yderst reflektiv proces, der inddrager mange forskellige kontekstuelle komponenter til at forsvare, forklare eller forfægte disse praksisser.

Dette gøres gennem en række 'billeder'¹ af den måde sygefraværet praktiseres på, der tager sit udgangspunkt i centrale temaer, der er sprunget ud af erfaringsmaterialet. 'Billederne' er konstrueret med udgangspunkt i en række dybdegående interviews med forskellige personer, som på hver deres måde kan siges at være eksemplariske repræsentanter for en række meget forskelligartede positioner i arbejdslivsrummet.²

I forbindelse med interviewene blev samtlige informanter bedt om at svare på ASUSI-spørgeskemaet, hvilket 17 ud af 18 gjorde.³ Det giver mulighed for at plotte informanterne ind i arbejdslivsrummet som 'supplerende individer' mhp. at se, hvor de placerer sig.

Figur 6.1 Plot af interviewdeltagere som supplementærindivider i arbejdslivsrummets flade 1-2



Som, man kan se, er der en klar koncentration af informanterne i den øverste venstre kvadrant, dvs. i den del af arbejdslivsrummet, hvor arbejdsforholdene er bedst og fleksibiliteten højest. Det ville selvfølgelig have været mest ideelt, såfremt der havde været en endnu større spredning mellem informanterne, end den der er. Men som det fremgår af appendiks 2 blev de valgt ud fra den forudsætning, at de ikke måtte have været langtidssyge inden interviewet, hvorfor det ikke er så mærkeligt, at spredningen er begrænset. Det har til gengæld den fordel, at det ikke bliver til sygehistorier, hvor udgangspunktet er meget dårlige erfaringer med arbejdsmiljø eller større helbredsproblemer. Ikke fordi sådanne historier er uinteressante, men fordi det i denne sammenhæng er hensigten at fokusere på 'helt almindelige menneskers' 'helt almindelige hverdagskvaler'. Når mindre end 8% af kernearbejdsstyrken i løbet af en ét årig periode bliver sygemeldt i mere end 14 dage, vil det fra et hverdagssociologisk perspektiv være mest oplagt at fokusere på majoriteten, dvs. de 92% som *ikke* bliver sygemeldte, men som klarer sig igennem på trods af helbredsproblemer og dårligt arbejdsmiljø.

Men selvom informanterne altså ikke er fordelt helt ideelt, omsættes afstandene i arbejdslivsrummet alligevel til 'afstande' i den måde informanterne forholder sig til og praktiserer sygefravær. At, det er tilfældet, skulle gerne stå klart ved hjælp af de i alt 17 'billeder' på danskernes sygefraværspraksisser, der præsenteres nedenfor.

Man kunne have forsøgt at systematisere forskellene på tværs af arbejdslivsrummet mere end det er gjort herunder overvejet eksistensen af evt. *nødvendige* sammenhænge mellem positioner i arbejdslivsrummet og typer af refleksiv praksis.⁴ Det ville have været særligt frugtbart, hvis målet med kapitlet var at udvikle én samlet sociologisk teori om sygefravær. Men i denne sammenhæng, hvor målet er mindre ambitiøst har det ikke været muligt. Her handler det 'blot' om at afmontere forestillingen om uforanderlige mønstre i sygefraværet, der kan fungere som ledestjerner for standardiserede og universelle måder at forholde sig til fænomenet på uden hensyntagen til konteksten.

Det betyder til gengæld, at illustrationerne langt fra er udtømmende. Man ville nemt kunne have fortalt helt andre historier om danskernes sygefravær, hvis man havde ladet andre temaer og deres indbyggede modsætninger være i centrum i stedet for dem, der er valgt her. Af de væsentligste temater, der blev efterladt, er f.eks. betydningen af arbejdets fysiske karakter og muligheden for at påvirke arbejdsopgaverne, tærsklen for forskellige symptomers legitimitet som begrundelse for sygefravær samt en mere overordnet analyse af forskellige regimer at retfærdiggøre og legitimere sygefravær med.⁵

Det ændrer ingeniunde ved den overordnede konklusion: sygefraværet er måske nok en universel praksis i moderne samfund, men det praktiseres refleksivt, og fænomenet kan derfor ingeniunde behandles som *én* singularær afhængig variabel, som det alt for ofte gøres i litteraturen og i offentligheden.

I. Jobusikkerhed (1)

Det er efterhånden blevet udbredt at se arbejdsmarkedets udvikling siden starten af 1980'erne i lyset af en omfattende 'casualization', hvor arbejdet ændrer karakter og bliver 'af-standardiseret' (Beck, 1992). Færre er i faste stillinger, færre arbejder 37 timer om ugen, ligesom der sker en opblødning af, hvor man arbejder, hvilket fører til mere hjemmearbejde, og en deraf følgende ændret forståelse af forholdet mellem arbejdsliv og hverdagslivets øvrige bestanddele (Boltanski & Chiapello, 2005). Der er stor uenighed om, hvor udbredt denne tendens er, og der er store nationale forskelle. Det betyder, at udviklingen i f.eks. USA (som ofte danner baggrund for teoretisering på området) ikke uden modifikationer kan overføres til en dansk kontekst (se Castells, 2003 for en god diskussion af disse pointer). Men til gengæld er der også meget, der tyder på, at de forandringer, der rent faktisk finder sted, ofte bliver skjult af en alt for primitiv måde at begrebsliggøre de forskellige sektorer i økonomien på. Det skyldes især, at den tertiære sektor – dvs. serviceerhvervene – er præget af en meget stor heterogenitet, der gør det ganske vanskeligt at bruge denne kategori til at beskrive samfundsudviklingen på en fornuftig måde.

Uanset hvilket betragtnings, man måtte gøre sig om arbejdsmarkedets generelle udvikling, er der dog én ting, de mange bidragsydere til dette felt er enige om. Udviklingen bærer præg af et opgør med tidligere tiders faste og ofte livslange jobs indenfor samme virksomhed eller organisation til fordel for en mere flygtig tilknytning til en *serie af* arbejdspladser i stedet. Det betyder med andre ord, at den sikkerhed, der tidligere var forbundet med at have et fast job, i mange tilfælde er reduceret betydeligt eller helt forsvundet. Men der er dog noget, der tyder på, at denne udvikling ikke foregår på samme måde for alle positioner i arbejdslivsrummet. Felstead, Burchell & Green (1998) argumenterer ligefrem for, at omfanget af jobusikkerhed *ikke* er steget væsentligt fra 1980'erne til 1990'erne, men at udviklingen har medført, at jobusikkerheden er blevet udbredt til andre (og mere 'højtråbende') sociale lag. Den udvikling har ført til den (fejlagtige?) forståelse, at jobusikkerheden generelt set skulle være stigende. Forfatterne bruger to surveys fra England til at argumentere for, at jobusikkerheden har været konstant, hvis man ser på arbejdsstyrken som *helhed*. Men det dækker altså over en heterogen udvikling blandt forskellige erhverv og brancher, hvor der er foregået en 'redistribution af usikkerhed mod professionelle og andre højt-lønnede medarbejdere, der tidligere har været vant til relativt sikre jobs' (Felstead, Burchell & Green 1998, s. 184).

I Danmark kan vi ikke måle omfanget af jobusikkerhed over en så lang periode. Det bedste materiale, vi har til at belyse disse ting, er den Nationale Arbejdsmiljø Kohorte (NAK), som siden 1990 har monitoreret væsentlige aspekter af danskernes arbejdsvilkår og -miljø. I en artikel fra 2003 diskuterer forskerne udviklingen i danskernes arbejdsmiljø over tid, blandt andet med henblik på at afgøre om de ændringer, der kan observeres, skyldes en gradvis ændring af arbejdsstyrkens jobsammensætning, eller om skyldes ændringer i jobbenes indhold og karakter (Burr, Bjørner, Kristensen, Tüchsen & Bach, 2003). Først og fremmest viser undersøgelsen, at der sker en gradvis ændring af arbejdsstyrken. F.eks. bliver der færre ansatte i tekstilbranchen, som rengøringspersonale og andre lignende ufaglærte jobs, mens der på den anden side er sket en stigning i antallet af akademikere, computerarbejdere, designere, managere og sælgere. Denne udvikling stemmer meget godt overens med mange af de pointer, der findes hos Boltanski & Chiapello. De argumenterer for, at virksomhederne f.eks. gennem outsourcing skiller sig af med nogle af de jobfunktioner, som kan løses billigere i andre lande (Boltanski & Chiapello, 2005, s. 217-72). Én af konsekvenserne af dette er også, at den nedgang i prævalensen af

personer med lav indflydelse på deres arbejdsopgaver man kan se ved at sammenligne de tre tværsnit i NAK, forsvinder, når man tager højde for den ændrede sammensætning i arbejdsstyrken. Der er med andre ord ikke tale om, at de erhvervsaktive har fået mere indflydelse på deres jobs; det er snarere udtryk for, at job med lav indflydelse er forsvundet fra det danske arbejdsmarked og erstattet af jobs med mere indflydelse. Fra 1990 til 2000 kan man også observere en mærkbar *nedgang* i jobusikkerheden på det danske arbejdsmarked. I 1990 var det mere end hver fjerde, som oplevede jobusikkerhed. Den andel faldt til hhv. 16,1% i 1995 og 15,6% i 2000. Denne udvikling – hævder forfatterne – skyldes formentlig den økonomisk vækst op gennem 1990'erne, hvilket også førte til en mærkbar nedgang i arbejdsløsheden i samme periode.

Uanset om udviklingen i Danmark står i modsætning til den generelle trend Boltanski & Chiapello beskriver, var jobusikkerhed – i mange forskellige afskygninger – ét af de emner, der dukkede op i mange af de samtaler, jeg havde i løbet af 2006 med en række erhvervsaktive. Ud af 18 samtaler var dette et eksplicit tema i 12, hvoraf det dog kun var nogle stykker, som var decideret bekymrede for udsigten til *arbejdsløshed* eller til helt at blive *stødt ud af arbejdsmarkedet*. I det følgende vil jeg skitsere nogle af de vinkler, der blev lagt på dette emne; for selvom temaet dukker op i så mange af interviewene, er der stor forskel på, *hvordan* det italesættes, og *hvordan* det får betydning for praktiseringen af sygefravær.

II. Undværlig, uundværlig

I en efterhånden klassisk teoretisk diskussion af jobusikkerhed taler Greenhalgh & Rosenblatt (1984) om forskellige dimensioner af fænomenet. Den mest alvorlige konsekvens er permanent tab af job, hvor man ender i langtidsledighed, og hvor man enten kan være tvunget til at acceptere et skift til en anden branche eller i yderste konsekvens måske helt må forlade arbejdsmarkedet. Jobusikkerhed handler altså i høj grad om den uvished, markedet producerer for moderne mennesker, der lever i kapitalistiske samfund.

På det danske arbejdsmarked er der stor forskel på, hvor usikker ens jobsituation er. Nogle samfundsmæssige funktioner er mere undværlige end andre, og vil derfor være mere udsatte for konjunkturernes udvikling end de typer af jobs, der er nødvendige for, at samfundets nuværende sociale praksis'er kan opretholdes. Nogle jobs har en meget stærk tid-rum-bundethed, og er derfor ikke på samme måde 'truet af globaliseringen', som de typer af job, der er mere uafhængig af tid og rum, og som derfor kan udføres på den anden side af jordkloden. Atter andre jobs er mere eller mindre overflødige (f.eks. er der ingen tvivl om, at det arbejde jeg udfører ved at lave denne afhandling næppe vil få jorden til at gå under, hvis det ikke blev gjort færdig). Nogle jobs har en indbygget usikkerhed, der er mere eller mindre accepteret. F.eks. kan man forestille sig, at et job som fodboldspiller i SAS-ligaen, som skuespiller, musiker eller anden type af kunstner, hvor det faktum, at man forsøger at udleve ens barnedrøm, måske er med til at gøre det acceptabelt, at disse karriereveje er mere usikre end andre.

Og det er på mange måder en sådan situation marinebiologen Jannik fortalte mig om, da jeg interviewede ham en sommerdag i 2006 i hans lejede hus lidt udenfor Holtbak. Jannik arbejder i Ringkjøbing Amt, hvor han er med til at monitorere vandmiljøet, hvilket både indebærer praktiske opgaver i naturen, hvor han skal observere mangfoldigheden af dyrearter og tage prøver af vandets kvalitet, hvorefter det indsamlede materiale skal sammenfattes og afrapporteres til såvel beslutningstagerne i amtsrådet såvel som til amtets borgere. Men før Jannik blev ansat i amtet, var han i gang med en karriere som forsker; et forløb, der blandt andet sendte ham helt til USA i en årrække:

”Altså jeg kunne godt være blevet derovre i USA, hvis jeg ville. Men det havde min kone så ikke lyst til med hensyn til familie og sådan noget... Hvis jeg kigger i bakspejlet, så har jeg det måske sådan, at for familiens skyld, ville det have været bedre at vælge noget andet. Især for min kone. Hun er utilfreds med, at det har været meget usikkert. Hun vil gerne have det hele i faste rammer. Det kan man selvfølgelig også diskutere; hvor spændende det er, hvis man ved, hvad man skal resten af livet. Der har været de her brud mange gange. Det både giver noget til én; det gør det lidt mere interessant, når man ikke altid lige ved, hvad man skal næste gang. Det synes jeg. [Men usikkerheden] har helt klart været det værste ved at være biolog. Det er måske også sådan noget, jeg fortryder. Min kone er meget træt af det i hvert fald. At vi ikke kunne købe en bolig nu, hvor priserne er steget så meget... [for] min kone hun vil meget gerne have, at vi finder et hjem... Så det der med, at fremtiden kun har været sikker i en kortere periode... jeg har været projektansat... jeg misunder meget sådan en håndværker, der kan være færdiguddannet som 20-årig, og købe hus, og så have en overskuelig fremtid. I hvert fald selv have indflydelse på ens fremtid... Det værste [ved at være biolog] det er nok, at der mangledes den økonomiske frihed.” (Jannik, s. 10,16)

Jobusikkerhed er et prominent tema igennem hele interviewet, hvad også fremgår tydeligt af ovenstående passager. Ikke så meget fordi Jannik føler sig usikker i sit nuværende job som marinebiolog, selvom der også her er sket (og vil ske) nogle ændringer, som bestemt ikke skaber tryghed.⁶ Spørgsmålet om jobusikkerhed er dog væsentligt, fordi det, der egentlig var hans drømmejob: at være biolog, der laver grundforskning, indebar en så stor usikkerhed for ham og særligt hans familie, at det i længden blev uudholdeligt. Det er interessant at lægge mærke til, at Jannik ikke personligt tager utvetydigt afstand fra den indbyggede usikkerhed i hans tidligere job. Der er også en vis frihed og spænding forbundet ved at være projektansat og være parat til at omstille sig fra én type opgaver til nogle helt andre. Der er i hvert fald indbygget en særlig dynamik i projektarbejdet, han tilsyneladende værdsætter. Det er i virkeligheden Janniks familiære forpligtelser, som skubber ham i retning af et karriereskift. Det flugter fint med Sverke & Hellgrens (2002) pointe om, at familieforpligtelser er én af de ’situationelle faktorer’, der er med til at påvirke, den måde jobusikkerhed evalueres på.

Men der er ikke egentlig bitterhed at registrere hos Jannik, selvom konsekvensen af de usikre arbejdsforhold er, at han i sidste ende må opgive sit drømmejob. Men måske hænger det sammen med en forståelse for, at den type job, han allerhelst så sig selv i, er så sjældne. At en sådan type job er udtryk for en drøm og ikke nødvendigvis et realistisk og efterstræbelsesværdigt mål. (*”Jeg interesserer mig meget for edderkopper og deres udbredelse, og hvor mange arter vi har i Danmark. Og det kunne da være meget spændende, hvis man kunne arbejde med det. [Men]... det er der næsten ingen i Danmark, der gør. Nogle få, der er ansatte i Naturhistorisk Museum eller Zoologisk Museum i København, har mulighed for at tage ud og samle, og komme ud og se nogle områder på den måde, og også se noget natur. Jeg tror da nok, at det ville være noget af et drømmejob, men dem er der næsten ingen af. Og de bliver mere og mere skåret væk, som årene går, så...”*, Jannik, s. 6). Måske er det netop hos ’indehavere’ af de jobtyper, som er ’flødeskum’ på samfundets grundlæggende ’lagkage’, at man finder et sådant syn på jobsikkerheden: man erkender sin usikre, men stærkt privilegerede situation, og nyder oplevelsen så længe den varer. Begræder det ikke alt for meget, når det får ende, og man bliver nødt til at indtage en anden position i samfundet.⁷ I Janniks tilfælde får jobusikkerheden ikke direkte betydning for den måde sygefraværet praktiseres på. Tildels fordi han sjældent er syg, men også fordi Jannik *fravælger* den usikre situation, der allerede har skabt ubehageligheder i stedet for at blive i den. I epidemiologien omtaler man et sådant valg som *selvseleksion*, f.eks. til at forklare de situationer, hvor man kan observere, at beskæftigede er ved bedre helbred end folk udenfor arbejdsmarkedet (Rothman, 1986, s. 83-4). Selvom terminologien er noget akavet og tangerer en truisme, når man abonnerer på et syn, der automatisk tilskriver de menneskelige aktører konstant agens, aktive valg (de ’selvselekterer’ så at sige hele tiden), så er princippet interessant nok. For det peger på de situationer, hvor mennesker handler

proaktivt for f.eks. at undgå at ende i en situation, hvor de fik dårligt helbred, der nødvendiggjorde fravær som følge af sygdom. Min påstand er ikke, at Jannik fravælger drømmejobbet, fordi han på længere sigt frygter, at det kan gøre ham syg, og han af den grund må tage sygefravær. Men derfor kan det jo godt være konsekvensen af de valg, han træffer. Det betyder også, at en evt. betydning af jobusikkerhed for helbred og derigennem sygefravær bliver mindre end den kunne være, fordi folk undgår at sætte sig selv i en sådan situation. Det er selvfølgelig også et udtryk for, at intersektionen mellem arbejde og helbred praktiseres på en refleksiv måde; ofte på en sådan måde, at sygefravær ikke (når at) blive(r) relevant.

III. De *'erstattelige'*

Men erfaringen af usikkerhed omkring ens ansættelse var også at finde hos andre af dem jeg interviewede. I den helt anden ende af arbejdslivsrummet er usikkerheden dog forbundet til en langt mere ufrivillig situation, end den Jannik kan siges at være repræsentant for. Og her får usikkerheden mere direkte betydning for den måde sygefraværet praktiseres på. Hos en anden af de personer, jeg interviewede, var det bevidstheden om at være én af de *'erstattelige'*, der kendetegnede hendes fortælling om arbejdet, og de momenter af den, som hænger sammen med temaet om jobusikkerhed. Annisette er uddannet tarmrenser og har igennem mere end 20 år arbejdet på slagteriet i Himmelbæk, hvor hun har oplevet mange ændringer af sit job:

"Nu er det jo meget ufaglærte [der arbejder på slagteriet], fordi der har været stop for slagterlærlinge i flere år... ...[D]er er jo flere slagterier, der er lukket efterhånden. Der var i hvert fald mange på et tidspunkt. Så jeg tror faktisk, at de fleste, der er på slagteriet, er ufaglærte... men... jeg har en uddannelse som tarmrenser, som har taget to år og tre måneder... Men det er en usikker branche.. der er ingen uddannelse i dag som tarmrenser.... [og] tarmrenser det kan du jo kun være på et slagteri. Altså, var man nu uddannet frisør eller noget andet, så havde man mulighed for at kunne søge andre steder. Så du er meget låst fast egentlig taget." (Annisette, s. 2,5)

Følelsen af at være 'låst fast' samtidig med at befinde sig i en usikker situation resulterer i en følelse af at være undværlig. Branchen er under hård konkurrence, og samtidig er de evner, man skal have for at udføre jobbet som tarmrenser, ikke længere unikke. Tilmed er de så specifikke, at de ikke kan overføres til andre typer af jobs. For Annisette er det derfor ikke udsigten til at skulle opgive sit drømmejob, der er konsekvensen af usikkerheden forbundet med hendes job. Her er det i stedet visheden om, at hun ville skulle begynde helt forfra med en ny uddannelse, hvis slagteriet lukker. For hun indrømmer også samtidig, at hun – på trods af den megen usikkerhed og den ulempe, det giver hende – er afhængig af jobbet, for at kunne opretholde det liv hun har:

"Jamen lad mig sige det sådan, at hvis nu for eksempel [slagteriet i] Himmelbæk lukkede, så ville jeg ikke græde over det i hvert fald. Jeg ville sige, at det er nok det, der skal til, for at jeg fik det spark, så jeg kunne komme til noget andet. Fordi man har den sikkerhed, at man har noget arbejde, og du har en indtægt, og man sætter sig jo lidt efter den indtægt, man har... Ja, altså jeg har da tænkt på mange gange, at jeg gerne ville prøve noget andet. Derfra og så til at gøre [det], det gør man jo bare ikke... Jamen altså [den største hindring for at prøve noget andet], det er jo nok økonomisk. For lysten og evnerne, dem tror jeg nok ville være der... Man kan selvfølgelig også gå i voksenalere. Men hvis jeg skulle sådan til at have en længere eller mellemuddannelse, så skal jeg nok til at have noget skoleuddannelse først, inden man kunne gå videre, og det var simpelthen for mange år... Og jo ældre man bliver, jo sværere bliver det jo også. Og så får man børn og så er det jo det vigtigste, ikke også? Og de skal godt på vej. Så altså, hovedsageligt, så er det økonomisk [overvejes der afholder mig fra at søge noget andet]. Bestemt." (Annisette, s. 5-6)

Situationen er altså meget lig, den Jannik befinder sig i, dog med omvendt fortegn: Annisette har opnået visse privilegier qua hendes job som tarmrenser, der uddannelsen taget i betragtning er meget godt lønnet. Derfor er hun nødt til at fortsætte, såfremt hun vil opretholde denne levestandard. Hun er på sin vis tvunget til at leve med den usikkerhed, som et job i fødevareindustrien medfører på nuværende tidspunkt, for hun har ingen alternativer. Fabrikschefen på Annisettes arbejdsplads⁸, Jeff, som jeg også havde fornøjelsen af at interviewe udtalte følgende om den generelle konkurrencesituation: 'Det er egentligt det eneste negative... udover det pres, der er hele tiden ved, at vi skal konkurrere med Tyskland. Men det er hele [fødevare]sektoren, der er under pres der.', Jeff, s. 7). Om forskellene i bund og grund handler om, hvor megen risiko, man er villig til at udsætte sig selv for, eller om det reelt ikke har været muligt for Jannik at tage et lån og finde en bolig, blev der ikke spurgt ind til. Men eksemplerne illustrerer til fulde den forskellighed jobusikkerheden fører til i de to ender af arbejdslivsrummet. Ikke mindst fordi der i Annisettes 'ende' af arbejdslivsrummet er en overvægt af ufaglærte, hvilket gør deres muligheder for at vælge anderledes langt mindre end de bedre uddannede. Spørgsmålet er så, hvad det har af konsekvens for sygefraværet?

IV. 'Gengangerne'

Hvis vi ser på fordelingen af jobusikkerhed i såvel tabel 6.1 blandt de 11 klasser i EGP- klasseskemaet, og i figur 6.2, hvor de centrale variable og de infomanter, der er omtalt i denne del af kapitlet, er afbilledet i arbejdslivsrummets to første akser, kan vi konstatere, at det ikke kun er Annisette, men også mange andre lønmodtagere i potentielt 'outsourcing'-truede erhverv, der er i lignende situationer. Hver syvende ufaglærte arbejder er bekymret for udsigten til at blive arbejdsløs. I serviceklasse 1 er det blot hver tyvende. Og mere end hver 10. af de ufaglærte er decideret bekymrede for helt at miste fodfæstet på arbejdsmarkedet pga. den generelle udvikling.

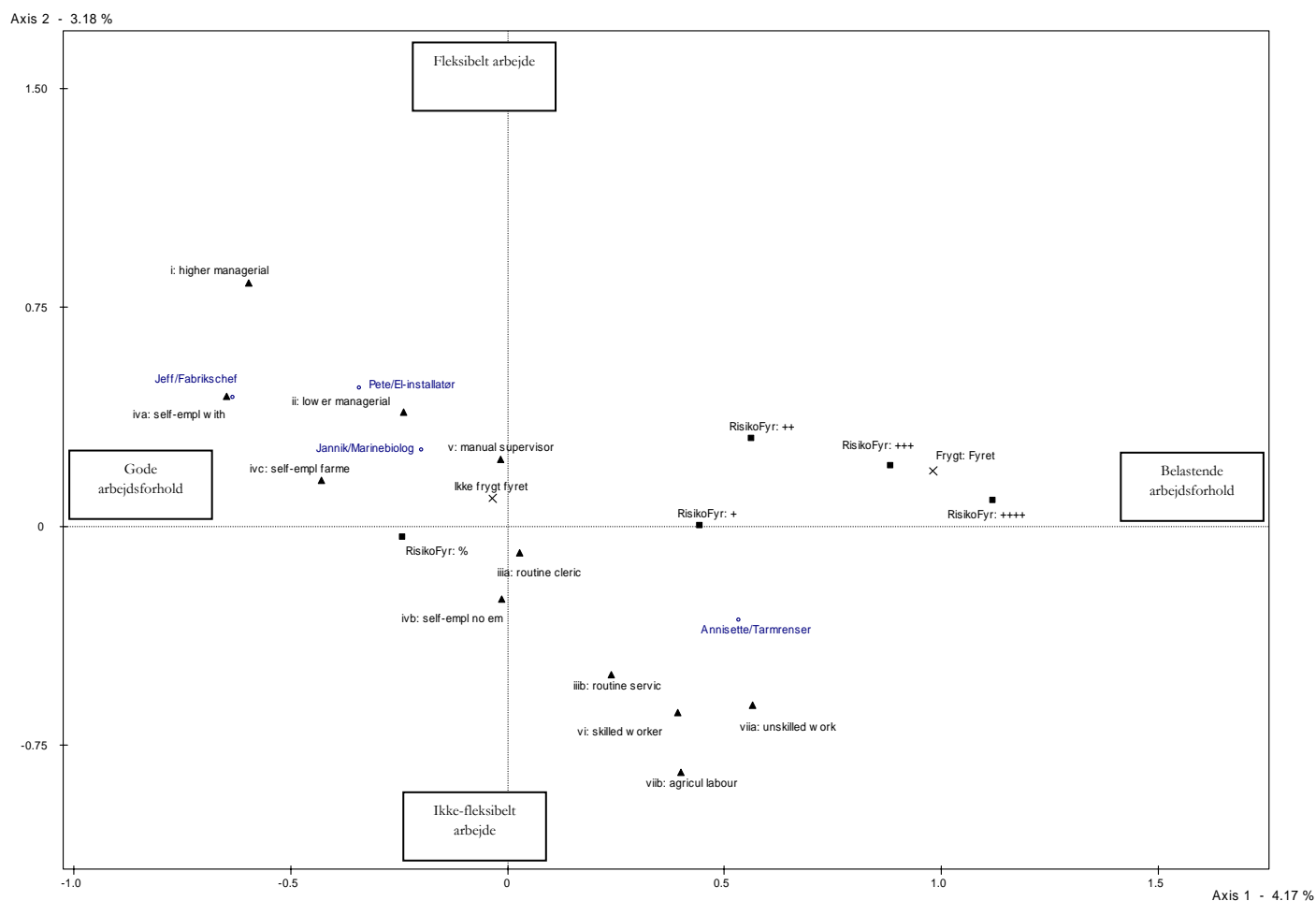
Det er altså i den kontekst, at nogle mennesker må overveje at tage sygefravær eller undlade at gøre sådan, selvom de gerne ville. For, som vi kan se af tabellen, er der også en markant forskel i, hvor stor en andel af de forskellige klasser, som rapporterer at have gået syg på arbejde pga. 'frygt for at blive fyret'. For såvel faglærte og ufaglærte arbejdere drejer det sig om 12-13%, mens det kun er halvt så mange blandt managere og professionelle i serviceklasse 1. Overordnet er det 30% af de erhvervsaktive, der føler sig usikre på deres job, som rapporterer at have gået syg på arbejde pga. frygt for at blive fyret. Det er blot 6% blandt dem, der ikke føler sig usikre.

Tabel 6.1 Omfang af jobusikkerhed og dets betydning for sygenærvær fordelt på sociale klasser. %

Sociale klasser	Bekymret for at blive arbejdsløs	Bekymret for 'udstødning'*	Gået syg på arbejde af 'frygt for at blive fyret'
Serviceklasse I	4,9	3,5	5,1
Serviceklasse II	8,0	6,5	7,8
Rutine ikke-manuelt (handel & administration) IIIa	7,4	6,7	7,2
Rutine ikke-manuelt (salg & service) IIIb	13,4	9,2	12,2
Selvstændig m. ansatte IVa	5,7	3,5	1,4
Selvstændig u. ansatte IVb	8,9	6,7	6,7
Supervisor manuelt arbejde V	10,2	7,3	7,7
Faglærte arbejdere VI	14,7	9,6	12,4
Ufaglærte arbejdere VIIa	15,5	11,9	13,0
Landbrugsarbejdere VIIb	12,7	9,6	8,6
Selvstændige landmænd IVc	1,7	1,1	1,6

* 'I hvor høj grad er du bekymret for om du på grund af udviklingen bliver overflødig (fx pga. 'ny teknologi', flytning af jobs til andre lande, 'rationaliseringer')?'

Figur 6.2 Jobusikkerhed, Social Klasse og sygenærvær pga. fyringsfrygt i arbejdslivsrummets



Annisette fortæller senere i interviewet om de overvejelser, hun har gjort sig om sammenhængen mellem sygefravær og en evt. fyring:

”A: Nej, jeg er ikke bange for at melde mig syg. Det er jeg bestemt ikke. Interviewer: Så det er ikke derfor, at du nogle gange kan finde på at tage derop [når du føler dig syg]? A: Nej, det er det ikke. Bestemt. Nogle gange så tænker man måske på, at hvis man nu kun har det lidt dårligt, så man egentlig taget godt kunne blive hjemme. Men, så tænker man nogle gange på, at du kan jo gå hen og blive mere syg, så du så har mere brug for at være hjemme. Og de her små sygdomsperioder i løbet af kort tid, det er jo ikke skidesmart. I: Nej. Men hvorfor synes du ikke, at det er det? A: Jamen det er måske fordi at.. Det må jo være fordi, at man ikke vil have for meget sygdom på en eller anden måde. Jeg tror da ikke, at det er særligt smart at være registreret alt for mange gange, at du er syg. I: Nej. Tror du, at det har nogen indflydelse, hvis de skal fyre nogen? A: Ja. Det tror jeg bestemt, det har. I: Så det tænker man også lidt på, eller hvad? A: Ja, og lige sådan også hvad det er [man fejler]. Altså, går du rundt med hovedpine, eller har du haft hovedpine fire gange inden for fem uger, ikke også, og har du været hjemme en dag eller to hver gang. Det ser jo ikke smart ud. Men altså, er det nu fordi du brækker et ben. Der bliver selvfølgelig taget hensyn til, hvad det er. Brækket ben eller en operation, det er lidt [noget] andet ikke også? Men altså, er det småsygen ind imellem, hvor du har ondt i maven den ene dag og hovedpine et par dage efter og sådan noget. Altså, det bliver der lagt mærke til. Bestemt.” (Annisette, s. 15-6).

Så selvom Annisette på det bestemteste afviser at have undladt at melde sig syg, fordi hun var bange for ledelsens reaktion, vinder beskrivelsen af sygefravær som én mulig ’udvælgelsesmulighed’ for ledelsen i tilfælde af fyringsrunder alligevel en vis genklang. Sygefraværet – og særligt de korte episoder, hvor man kun har det ’lidt dårligt’, har ’hovedpine’, eller ’ondt i maven’ – er noget, ’der bliver lagt mærke til’, som Annisette formulerer det.

Og det er helt uomtvisteligt. For hun beskriver også, hvordan hendes arbejdsplads’ samlede sygefravær er genstand for stor opmærksomhed, fordi niveauet bliver anset for at være for højt af Slagteriet A/S’s overordnede ledelse. Annisette fortæller det følgende:

”A: Men altså, i vores afdeling, tarmhuset, den ligger højest i hele landet med hensyn til sygdom. I: Okay. Det har I simpelthen statistik på? A: Ja. Det bliver kørt meget. Der har faktisk lige været afdelingsmøde, hvor én fra Esbjerg var oppe og sige, at der var simpelthen for meget sygefravær. Og der er vi blevet indkaldt til en personlig samtale med henblik på at.. Altså, det var en ganske kammeratlig samtale. Det var ikke.. det. Men altså, det har resulteret i, at sygefraværet er faldet bare i løbet af to uger. Altså, hvor man kan se, at der ikke er nogen, der er syge. Det, de ansatte deromme snakker om, det er, at der må da være nogen, der har været for meget syge på en eller anden måde, uden at det har været så alvorligt. Bare ved, at der kommer én op og siger.. eller at der bliver sat fokus på sygdom. Så det har et eller andet...” (Annisette, s. 13)

For både Annisette og de øvrige medarbejdere er konklusionen på det lavere niveau af sygefravær efter afdelingsmødet, ’at der altså har været nogen, der har været for meget syge uden, at det har været så alvorligt’. At det skulle forholde sig sådan, at folk - måske ud af bekymring over de mulige represalier ved at have et højere sygefravær end gennemsnittet – skulle være mere tilbøjelige til at gå småsløje og syge på arbejde, falder altså ikke Annisette ind. Det endda på trods af, at mødet jo i allerhøjeste grad er med til at bekræfte hendes forestilling om, at sygefraværet er noget, ’der bliver lagt mærke til’.

Og hun har tilsyneladende ret. For netop sygefraværet blandt medarbejderne på Slagteriet A/S var et prominent tema, i den samtale jeg havde med Jeff, der er fabrikschef på Annisette’s arbejdsplads. Og han ved lige præcis, hvilke medarbejdere, der er tale om: ”Vi siger jo, at det er 20 procent af vores medarbejdere, der [har] 80 procent af fraværet. Man kan se [det] lige så tydeligt.. Jeg får sådan en sygestatistik for hver enkelt afdeling hver fredag.. Mange af dem, det er gengangere.” (Jeff, s. 14) Der *bliver* altså lagt mærke til dem, ’gengangerne’, den håndfuld personer, som har et sygefravær udover det

sædvanlige. Og der bliver taget affære. I de dage, hvor jeg interviewer Jeff og Annisette, er der lige indført en ny sygefraværspolitik, som indebærer, at hver gang en medarbejder har haft fravær, skal vedkommende til en 'omsorgssamtale' med sin 'mester' med henblik på at få udredt årsagen til fraværet:

"Er det forkølelse, altså decideret sygdom? Er det nogle personlige ting derhjemme? Er det arbejdstinget eller arbejdsrelateret? Det kan være kulde og træk og psykisk... Er det arbejdsrelateret? Så laver vi noget statistik over det til arbejdspladsvurderingen, hvor vi kan gå ind og sige: 'Jamen, har vi en linje i det her område? Så må vi ind og gøre noget ved det.' Men er det mandag-/fredagssyge? Er det holdningen, der har ændret sig? Det tror jeg så meget på. Jeg har selv børn på omkring... mine er på omkring 20 og én på 16. I hvert fald den på 20. Der er en helt anden holdning end dengang: 'Jamen lidt forkølelse, så skal man da ikke på arbejde.' Så siger jeg: 'Jo fandme skal du så'. Holdningen har ændret sig fuldstændig. Fuldstændigt. Og der tror jeg på, at hvis man lige får dem ind til en snak, så kan man bearbejde dem på en positiv måde. Men er det ikke nok, jamen så må vi jo også tage skridtet videre... så må vi lave en decideret sygepolitik, der siger: 'Har I mere end tre indenfor en et halvt år eksempelvis, så er det en lægeerklæring.' Nu ved jeg eksempelvis [afdelingen i] Ringsted, de kører med tre inden for et halvt år. Hvis de får én lægeerklæring, den accepterer de. De accepterer ikke to lægeerklæringer [mere] inden for det næste halve år. Så er det ud. Det er jo en hård, benhård politik." (Jeff, s. 12-3)

Holdningen hos Jeff er ganske enkel: hvis der er noget arbejdspladsen kan gøre for at hjælpe den ansatte til at have færre sygdomsmeldinger, så skal man forsøge at støtte op om det. F.eks. give dem fri til at ordne personlige problemer i hjemmet, eller sørge for, at evt. arbejdsmiljøproblemer bliver registreret og taget hånd om, såfremt der er et mønster i det. Hvad man kan gøre som virksomhed, afhænger i høj grad af, hvad det er for en type fravær og sygdom, den enkelte medarbejder har problemer med. Og hvis det virkelige 'problem' er 'arbejdsmoralen' og medarbejdernes holdninger, ja så skal de have en chance for at reformere sig og ændre sygefraværspraksis. Men hvis det ikke sker, så er der ikke plads til dem på arbejdspladsen. Så må de ud.

V. Jobusikkerhed og sygefravær

Hvis vi tager et kig på sammenhængen mellem sygefravær og jobusikkerhed i ASUSI-undersøgelsen kan vi se nogle interessante mønstre, der måske kan være med til at kaste lys over, hvilken måde jobusikkerhed evt. spiller ind på den måde sygefraværet praktiseres. I tabel 6.2 vises sammenhængen mellem jobusikkerhed og de mange forskellige mål for sygefravær, der findes i ASUSI. Hvis vi tager det prospektive sygefravær først kan vi se, at jobusikkerhed tilsyneladende er forbundet til en øget incidens af sygefravær af mindst 14 dages varighed i opfølgningsperioden. Sammenhængen bliver noget svagere, når der tages højde for alder, køn og social klasse, men er dog stadig signifikant. Med andre ord så er de, der oplever jobusikkerhed mere tilbøjelige til at blive langtidssygemeldte, selv når man korrigerer for disse forskelle. Men når man justerer yderligere for helbred forsvinder forskellen, hvilket kunne tolkes som et tegn på, at de, der oplever jobusikkerhed, har et dårligere helbred. Dem med dårligt helbred er altså mere tilbøjelige til at bekymre sig over at miste deres job. Det understøttes af, at sygefravær af mindst 14 dages varighed og antal kontakter til egen læge *i året før spørgeskemabesvarelsen* er stærkt forbundet til oplevelsen af jobusikkerhed. Selv når man kontrollerer for selvvalgt helbred ved baseline, er der stadig en signifikant sammenhæng mellem antal kontakter til egen læge året før og oplevelsen af jobusikkerhed.

Tabel 6.2 Sammenhæng mellem jobusikkerhed og forskellige mål for sygefravær. Justeret for alder, køn, social klasse og selv vurderet helbred. Cox, Poisson, OLS og Logistisk-regression.

	Ujusteret β	Model 1: Justeret for køn, alder og social klasse	Model 2: Model 1 yderligere justeret for selv vurderet helbred
Prospektivt sygefravær – uden begrundelser			
Sygemeldinger > 14 dage (DREAM) ^a – (Incidens)	0,296***	0,174*	0,03
Antal sygemeldinger ^b – (Forventede antal sygemeldinger)	0,152*	0,093	-0,058
Antal sygedage ^c – (Forventet antal sygedage)	9,0*	6,56	5,59
Sygemelding (Ja/Nej) ^d (Forventede sandsynlighed)	0,108	0,041	-0,127
	Forventede sandsynligheder (%)		
	Model 2	Ingen jobusikkerhed	Jobusikkerhed
Retrospektivt sygefravær med forskellige begrundelser^e			
Arbejdsulykker	0,449***	5,8	12,0
Fritidsulykker	0,033	8,5	9,8
Bevægeapparatsmerter	0,252**	22,5	33,5
Forkølelse, influenza og andre forbigående sygdomme	-0,141	78,4	73,8
Længerevarende sygdom	0,191	9,1	12,3
Personlige problemer eller problemer i familien	0,490***	7,9	14,1
Sygt barn	0,098	9,7	10,4
Hårdt brug for en fridag	0,290**	17,1	23,4
Problemer med kollegaer	0,609***	2,4	5,7
Problemer med chef	0,927***	3,2	9,1
Vold eller trusler	0,362	1,0	1,8
Mobning	0,951***	0,8	3,0
Sexchikane	1,682**	0,2	0,9
Var nødt til at løbe et ærinde	0,203*	17,7	23,5
Andet	-0,130	9,7	9,8
<p>*p<.05, **p<.01, ***p<.001</p> <p>Model 1: Justeret for køn, alder og social klasse Model 2: Model 1 yderligere justeret for selv-vurderet helbred.</p> <p>^a Cox proportional Hazards regression. Baseret på samplet af erhvervsaktive med mindst 80% tilknytning i året før. Prospektivt sygefravær (> 14 dages varighed) fra DREAM. Kun respondenter med fulde oplysninger på alle variable (N = 12.586)</p> <p>^b Poisson regression. Baseret på subsamplet af statsansatte, ansatte i København og Århus kommuner samt ansatte i virksomheder, som er medlem af Finanssektorens Arbejdsgiverforening. Kun respondenter med fulde oplysninger på alle variable, der har haft mindst 80% tilknytning til arbejdsmarkedet i året før (N = 1.303).</p> <p>^c OLS regression. Baseret på samme subsample som ^b</p> <p>^d Logit regression. Baseret på samme subsample som ^b</p> <p>^e Logit regression. Samme sample som ^a, men kun de personer, der har haft mindst én sygemelding retrospektivt i de 12 måneder der ligger før spørgeskemabesvarelse. (N = 7.685)</p>			

Om det skyldes, at ikke kun selve helbredet, men også det faktum, at man hyppigere går til læge, og dermed må tage fri fra arbejde, har betydning for jobusikkerheden, kan vi ikke komme nærmere med denne type af analyse. I subsamplet⁹ er jobusikkerhed associeret med et højere antal og længere sygemeldinger, mens sandsynligheden for overhovedet at have en sygemelding ikke varierer mellem dem, der oplever jobusikkerhed eller ej. I subsamplet forsvinder associationen dog, når man korrigerer for alder, køn og social klasse. Men, da der er store forskelle i sygelighed mellem disse grupper kan forskellen mellem de to analyser skyldes, at stikprøven er væsentligt mindre, og dermed ikke så tilbøjelig til at give signifikante resultater.

Den næste række af resultater i tabel 6.2 understøtter delvist denne fortolkning. Her kan vi se, at der blandt de, der oplever jobusikkerhed, er 23,5%, som har været sygemeldte, fordi de skulle løbe et ærinde i arbejdstiden (f.eks. at tage til lægen), mens det er 17,7% af dem uden jobusikkerhed. For samtlige sammenhænge mellem jobusikkerhed og sygefravær med specifikke begrundelser gælder det, at de er korrigeret for alder, køn, social klasse og helbred. Når der er signifikante forskelle *efter kontrol af disse variable*, er det altså udtryk for, at forskellene ikke alene skyldes forskelle i helbred.

Men hvordan sammenhængen mellem de specifikke typer af sygefravær og oplevelsen af jobusikkerhed ellers skal forstås, er det vanskeligt at udtale sig utvetydigt om. Lad os opridsse nogle mulige mekanismer: Vi kan forestille os, 1) at jobusikkerhed i sig selv er en 'stressor', som skaber bekymring og dermed dårligere (mentalt) helbred, der forøger antallet af sygemeldinger (se fx De Witte, 2005 for et review, der argumenterer for en sådan sammenhæng). I disse tilfælde er der ikke meget arbejdsgiveren kan gøre, måske udover at forberede medarbejderne på den usikre situation ved f.eks. at tilbyde opkvalificering eller omskoling i tilfælde af fyringsrunder, sådan som det faktisk er sket i mange store virksomheder. Vi kan også forestille os mange situationer, hvor jobusikkerheden skyldes, at medarbejderen er af den opfattelse, at sygefravær med den specifikke begrundelse i sig selv er problematisk og skaber ekstra problemer for arbejdsgiveren. 2) I sådanne tilfælde ville arbejdsgiverne måske være mere tilbøjelige til at lægge særligt mærke til sygefravær af specifikke grunde, hvorfor a) f.eks. sygefravær pga. en 'arbejdsulykke', som kan have en masse u hensigtsmæssige sidekonsekvenser fra Arbejdstilsynets side, øger risikoen for at blive fyret, eller b) sygefravær, der skyldes konflikter i medarbejdergruppen (f.eks. 'mobning') fører til, at den, der oplever sig mobbet, frygter, at arbejdsgiveren vil løse konflikten ved at fyre vedkommende, fordi det er nemmere end at løse konflikten eller c) at sygefravær af mere 'usynlige grunde', som måske umiddelbart kunne se ud som 'pjæk' (f.eks. 'personlige problemer') fører til, at man bekymrer sig mere om at blive arbejdsløs, fordi man måske har erfaringer med, at arbejdsgiveren i sådanne situationer er tilbøjelige til at bruge deres afskedigelsesret. 3) Slutteligt kan vi også forestille os, at de skitserede sammenhænge blot skyldes utilstrækkelig confounderkontrol, og at jobusikkerhed bliver en 'proxy' for bestemte arbejdsmiljøforhold, som er forbundet f.eks. til sygefravær, der skyldes arbejdsulykker. Men selv, når man udvider antallet af confoundere, der kontrolleres for, er der en signifikant sammenhæng mellem jobusikkerhed og arbejdsulykker, hvorfor der næppe er tale om en spuriøs sammenhæng i hvert fald i dette tilfælde.

VI. 'Flexere' – det sociale ansvars ambivalens

Det er nu ikke alle virksomheder, der deler Slagteriet A/S's syn på, hvor meget virksomhederne skal hjælpe deres ansatte, f.eks. i tilfælde af sygdom eller problemer i hjemmet. Én af de ting,

virksomhederne kan gøre, er at tilbyde arbejde på ændrede vilkår, så en sygemeldt kan komme på arbejde alligevel, fordi vedkommende får ændret sine arbejdsopgaver, så de stemmer bedre overens med deres arbejdssevne. I en undersøgelse af mulighederne for at komme tidligt tilbage på arbejde for ansatte med ulykkesrelateret fravær var ca. halvdelen af virksomhedsejerne decideret afvisende overfor tanken om at lave særlige vilkår for deres medarbejdere. Nogle mente det var umuligt at ændre på arbejdsvilkårene, fordi man nu engang arbejdede med fysisk belastende genstande. Andre var mere afvisende, fordi det kunne skabe problemer i forhold til de øvrige medarbejdere på virksomheden (Andersen, Kines & Hasle, 2007).

Muligheden for, at sygdomsramte medarbejdere kan vende tilbage på lempeligere vilkår eller få et flexjob, er nemlig ikke uproblematisk. Ja faktisk kan sådanne ordninger være med til at skabe kontroverser i medarbejdergruppen. Hjemmehjælperen, Olivia fortæller det følgende om ambivalenserne ved en sådan løsning på kollegaers svækkede helbred:

”Vi har én i flexjob i øjeblikket, og har haft det i lang tid. En fast medarbejder, som nogle gange er nødt til at skulle kigge på nogle ting. Så hun har været ’flexer’. Hun har hendes faste vagter og har 25 timer om ugen. Men det kan vi godt rumme, og hun har også hver tredje weekend, men ingen helligdage... Hun går ind på lige fod med os. Det er en god kollega vi har haft. Men vi har da nogle gange diskuteret, hvor mange vi kan rumme... Det kommer an på, hvad det er en ’flexer’ kan. Er det hygge, hygge? Hende her går ind og arbejder på lige fod med os og er kontaktperson. Er det nu pga. en rygskaide, jamen så er det jo andre ting... Det er dér, det kan give nogle kontroverser: ’Skal vi tage alt?’ Det er jo det jeg har hørt: ’Skal vi tage alle de tunge [opgaver], for at de kan have det godt?’... Der var én, der sagde til mig en dag: ’Synes du ikke det er dårligt, at hun kommer i flexjob?’ ’Jamen det ved jeg ikke. Spørg hende ad, hvorfor hun er i flexjob. Det kan være, det er dig, der tager fejl.’ Men det kan være svært. Det handlede jo måske om, at man selv er mættet.” (Olivia, s. 16-7, 35)

Hverken Olivia eller hendes kollega har tilsyneladende noget problem med den fleksjobber, de har i øjeblikket, for ’hun går ind på lige fod med os’ og er samtidig ’en god kollega’. Umiddelbart kunne det altså lyde til, at det ikke fører til en ekstra belastning at have kollegaen på fleksible arbejdsvilkår. I hvert fald, når hun godt kan klare de samme opgaver som de øvrige, men blot skal gøre det i kortere tid om ugen end de andre. Det er uklart, om den fleksjobber, Olivias kollega refererer til, er den samme. Men udtalelsen illustrerer i hvert fald med al tydelighed, at det kan opleves som uretfærdigt, at nogen får lempeligere vilkår, når man selv føler, man kæmper hårdt for at følge med. Og netop kollegaernes reaktioner og villighed til evt. at yde mere for at lade en svækket kollega komme tidligere tilbage eller bevare tilknytningen til arbejdsstedet, kan være en vigtig parameter for, hvordan virksomhederne håndterer medarbejdernes sygefravær, hvad enten det er langvarigt eller korterevarende.

Men hensynet til syge medarbejdere er selvfølgelig ikke den eneste overvejelse, virksomhederne gør sig. Og den ’altruistiske’ indstilling, Jeff giver udtryk for på Slagteriet A/S’s vegne, er grangiveligt en sandhed med modifikationer. Ellers ville der jo ikke være så stor fokus på at få reduceret sygefraværet. Det gør nemlig ’ondt’ på virksomhedernes økonomi, når deres ansatte er sygemeldte. Pete, der ejer en el-installationsvirksomhed, var en anden selvstændig erhvervsdrivende jeg talte med. Han berettede åbenhjertigt om de overvejelser, han gjorde sig om én af hans medarbejdere, der var blevet langtidssygemeldt:

”Men det var træls. Altså både for virksomheden, fordi det er altså dyrt. Det er selvfølgelig først og fremmest må man tillade sig... man skal altid kigge på... det er synd for medarbejderen. Han skal selvfølgelig oven på igen. Men det saftusemig også dyrt for virksomheden i dag. Fordi vi skal altså bare betale fuld skrald for de medarbejdere, og vi er ikke forsikret. Så det er nok fire mand, der skal ud og arbejde, for at han kan sidde

hjemme... hvis han brækker et ben eller noget. Det mest trælse, det er sådan en mand, der bliver psykisk...der har det dårligt... Men... han kommer tilbage igen. Ham er vi helt klar på, at vi skal beholde. Han er god. Men det er bare... der er det en belastning. Økonomisk. At man tænker på... jamen depressioner...det tager jo...det kan jo tage måneder...” (Pete, s. 15)

Det er især den usikkerhed, der er forbundet med, at medarbejderen ikke har nogen *somatisk* sygdom, som bekymrer Pete. 'Depressioner kan jo tage måneder', og en ansat, der er sygemeldt i måneder, betyder ligeså mange måneder, hvor en del af overskuddet fra virksomheden skal kanaliseres over til, 'at han kan sidde hjemme'. Men Pete føler en vis forpligtelse, fordi det er en medarbejder, der har været på virksomheden gennem en lang årrække. På den måde har han vist *sin* loyalitet, hvilket – ser det ud til – bør honoreres med lidt ekstra tålmodighed.

Og selvom de økonomiske byrder, der følger af medarbejderens langvarige sygemelding, bekymrer Pete, så er det alligevel begrænset, hvor stor en belastning det er, når han sammenligner sig selv med virksomheder, der er mindre end hans egen:

”Og prøv at tage de små virksomheder. En lille virksomhed. Sådan en eller anden medarbejder, der fortæller at han må gå hjem [pga. sygdom]. Så bliver han hjemme i måneder. Hvis det er en lille virksomhed med to svende og en lærling... Det er jo en katastrofe for ham. Han har to måneder, han ikke tjener penge i. Det kan han ikke. Så han må nok bare arbejde endnu mere, fordi han skal jo også, nå det han skal. Han kan måske ikke skaffe folk ind... ikke skaffe en afløser... [til] alt det arbejde han har lovet. Han er under pres, når vi snakker sygdom. Han kan ikke tillade sig at lægge sig. Han går helt sikkert på arbejde, selv om han har 39 [i feber]; eller 38, så går han i hvert fald på arbejde. Og 39 så hænger han inde ved skrivebordet og fører regnskab, for så kan han godt holde til det.” (Pete, s. 19)

Udover, at mindre virksomheder med langtidssygemeldte medarbejdere risikerer ikke at tjene penge i en længere periode, så er sygemeldinger også med til at skabe *logistiske* problemer. Arbejdsopgaverne skal nemlig udføres alligevel, hvis virksomheden skal køre videre på normal facon og undgå af miste kunder. I sidste ende betyder sygefraværet mere arbejde for den selvstændige erhvervsdrivende; hvis uheldet er ude bliver vedkommende nødt til at gå på arbejde, hvis han selv skulle blive syg.

Det betyder også, at 'omsorgen' for den syge medarbejder ikke varer ved for altid. Og selvom der i mit materiale ikke er nogen eksempler på arbejdsgivere eller personaleansvarlige, som beretter, at de har måttet afskedige en langvarigt syg medarbejder, ja så viser undersøgelser, at der er en stærk sammenhæng mellem helbred og efterfølgende arbejdsløshed (se fx Leiono-Arjas, Liira, Mutanen, Malmivaara & Matikainen, 1999) eller decideret udstødning fra arbejdsmarkedet (Månsson & Råstam, 2001). Og hvis man holder sig Jeff bemærkning vedrørende 'gengangerne' in mente, ja så flugter det fint med forestillingen om helbred som ét af de parametre, arbejdsgiverne bruger til at vælge de 'rigtige' medarbejdere, dvs. de raske og dem med de 'rigtige' holdninger.

For Jeff tror i virkeligheden ikke på, at det høje sygefravær skyldes familiære forhold eller arbejdsmiljøproblemer. Han er i stedet af den overbevisning, at det skyldes en ændret holdning til, hvor syg man skal være for at blive hjemme. For folk med et skrantende helbred eller for helt almindelige medarbejdere som f.eks. Annisette er det 'dårligt' nyt. For en episode med hovedpine den ene uge, influenza en måned senere, og så et brækket ben betyder i sidste ende en fyreseddel – også selvom der i alle tilfælde kan være tale om 'reel' sygdom. Og det indrømmer Jeff faktisk lidt senere i interviewet:

”Så den benhårde politik hjælper på bundlinjen. Men jeg er ikke sikker på, at det hjælper på folks helbred. Fordi det kan godt være, at vi presser nogen på arbejde, vi ikke burde have presset på arbejde. Dem, der ligger derude, der har to perioder: 'Nu må jeg satme ikke blive ramt af nummer tre.' Men omvendt så har jeg så også

den holdning, hvis så, at det er på grund af, at de har været lidt slappe i nummer et eller nummer to, så er det godt uheldigt, at de lige pludseligt bliver syge. Men det skulle de have tænkt på gangen før.” (Jeff, s. 22)

Den ’benhårde politik’ risikerer altså at ’ofre’ nogle af Slagteriet A/S’s mest skrøbelige medarbejdere på ’bundlinjens’ alter. Og det har Jeff det i virkeligheden ikke særlig godt med, måske fordi flere af hans familiemedlemmer arbejder på fabrikken, og fordi han selv har stået ved produktionsbåndet og ved, hvor fysisk hårdt arbejdet kan være for kroppen. Men sygefravær er ligesom lønnen ét af de omkostningsparametre, der kan ’skrues på’ i den stærke konkurrencesituation, fødevarersektoren befinder sig i. Og på den måde bliver det en nødvendighed at skrue bissen på, hvis det ikke kan lade sig gøre at ’bearbejde’ medarbejdernes holdninger, hvilket jo angives som ét af rationalerne for at indføre ’omsorgssamtaler’.

VII. ‘Duer ikke. Væk!’ - Sygefravær som selektionsmekanisme

På den måde fungerer medarbejdernes helbred – og ikke mindst deres sygefravær – som en selektionsmekanisme, når virksomhederne skal udpege mulige kandidater til omkostningsreducering i tider med stærk konkurrence. Boltanski og Chiapello udlægger hypotesen på følgende måde:

”...we... suggest the hypothesis that selection has to a large extent also been conducted according to people’s *medical and psychological characteristics* (whose distribution is not independent of more readily objectifiable characteristics or situations, such as hierarchical status, age, educational level, etc.). Take, first of all, *state of health*. Studies of long-term unemployed people have in numerous cases identified a professional accident or illness at the root of their exclusion from the labour market, this principle of selection being operative above all in the case of less qualified workers.” (Boltanski & Chiapello, 2005, s. 240)

Hvis de slagteriarbejdere, som har tre sygemeldinger i løbet af ½ år, reelt er syge og ikke blot har slappe holdninger til, hvornår det er rimeligt at melde sig syg (som Jeff og mange af de øvrige arbejdsgivere er tilbøjelige til at mene), er netop disse ansatte eksempler på, hvordan især ufaglærte arbejdere er udsat for en udvælgelsesproces, der sikrer, at virksomheden kontinuerligt har de bedste og mest ’fittede’ medarbejdere til rådighed. I konkurrencen på markedet er det kun den sundeste medarbejder, der overlever, hvilket gør det forståeligt, at man i mange studier har observeret en ’healthy worker effect’ (se f.eks. Virtanen, Kiwimäki, Elovainio & Vahtera, 2002).

Op gennem 1990’erne blev man mere opmærksomme på den rolle virksomhederne spiller i forhold til at fastholde medarbejdere på kanten af arbejdsmarkedet. Af nogle bliver det mål ligefrem fremstillet som en *forpligtelse* for virksomheden til at vise socialt ansvar f.eks. ved at have en ’rummelig’ arbejdsplads, der giver plads til medarbejdere med nedsat arbejdsevne på særlige vilkår. Men der er dog en vis historisk præcedens for sygefravær og helbred som et legitimt kriterium for at vælge mellem medarbejdere. Da de danske virksomheder i forbindelse med nedlæggelsen af sygekasserne blev forpligtet på at sikre deres ansatte dagpenge under de første 5 ugers sygdom, skete det ikke uden en vis modvilje, fordi modellen pålagde virksomhederne en ny stor økonomisk byrde.

Men det var ikke kun virksomhederne, der vægrede sig mod denne ordning, for den kunne også have u hensigtsmæssige konsekvenser for lønmodtagerne. Det var måske især tilfældet for dem med et skrantende helbred, hvilket også bemærkes i kommissionens forslag: ”For personer med et alvorligt handicap som mere regelmæssig giver anledning til fravær, er der en større fare for, at ordningen vil gøre det vanskeligere for dem at opnå og fastholde beskæftigelse.” (Betænkning, 1969, s. 282) Her erkendte man altså, at den ekstra økonomiske byrde, som blev pålagt arbejdsgiverne gennem

lovændringen, på længere sigt kunne føre til, at personer med skrøbeligt helbred (f.eks. deciderede handicaps eller kroniske sygdomme) og deraf følgende hyppige fraværperioder, kunne risikere at få vanskeligere ved at finde ansættelse. Som plaster på såret henviste kommissionen til mulighederne for, at der blev indgået særlige aftaler. Det ville således ikke længere være arbejdsgiveren, men kommunen, der overtog forpligtelsen til at betale for de sygedage, der klart kunne tilskrives en bestemt kronisk tilstand. Samme ordning kender vi i dag fra §56- og fleksjob-ordningerne. De er netop lavet med henblik på at sikre borgere med kronisk sygdom og lignende helbredsmæssige problemer, mulighed for at få eller fastholde et job, selvom de ikke kan arbejde på 'fuld kraft', det vil sige på almindelige markedsvilkår (LOV nr 563 af 09/06/2006; BEK nr 114 af 25/02/2008).

Men hvad med helt almindelige mennesker, med helt almindelige lidelser, der måske ligesom Annisette ikke lider af nogle kroniske tilstande, men blot af de skavanker, der opstår som følge af hårdt arbejde og kroppens generelle ældningsprocesser? Om det siger kommissionen:

"Arbejdsgiverens forpligtelse kan bevirke, at han bliver mere tilbøjelig til at afskedige lønmodtagere, der hyppigt har fraværperioder. En af fordelene ved denne ordning skulle netop være, at arbejdsgiveren må formodes at være den, der bedst er i stand til at føre kontrol med, om det kortvarige fravær er tilstrækkeligt begrundet. Ved mistanke om, at dette ikke er tilfældet, må arbejdsgiverens reaktion ofte bestå i, at han afskediger den pågældende. Allerede i dag vil en lønmodtager med forholdsvis mange sygeperioder være udsat for af den grund at blive afskediget. Foreligger der en gyldig grund til fraværelserne, som f.eks. kan dokumenteres ved lægeerklæring, er der måske grund til at antage, at den her diskuterede ordning ikke i væsentlig grad vil forøge risiko for afskedigelse." (Betænkning, 1969, s. 282)

Men, som vi så ovenfor, har vi ikke længere grund til at antage, at arbejdsgiveren vil være 'overbærende' og undlade at fyre de ansatte, som hyppigt har fraværperioder, også selvom de dokumenterer en gyldig grund til fraværet. 3 fraværperioder, så er det ud, uanset indholdet af lægeerklæringen, lød den benhårde politik i Slagteriet A/S som bekendt.

Pete, ejeren af elinstallationsvirksomheden, som ovenfor berettede om hans bekymring over en sygdomsramt medarbejder med psykiske problemer, er ikke bange for at give sin mening til kende om virksomhedernes ansvar på dette område. Og her er der ingen blødsødenhed; ikke fordi Pete synes, at ordentlige vilkår er et urimeligt krav, men fordi det ikke er retfærdigt at pålægge virksomhederne de økonomiske byrder, der følger af det:

"Jeg er lidt modstander af, at virksomhederne skal være sociale. Vi skal selvfølgelig også være sociale. Vi skal være sociale omkring for eksempel integration, at folk udefra...altså indvandrere og den slags, fordi vi også har mangel på arbejdskraft, der gør...der skal vi selvfølgelig være sociale. Men jeg synes ikke vi skal være sociale, når vi snakker for eksempel barselsorlov og sådan nogle ting. Det er noget, der er blevet tvunget ned over os. Det mener jeg ikke er rimeligt. Jeg synes, det er meget rimeligt, at der skal være de muligheder... Vi har en medarbejder, der er gået hjemme i to måneder. En rigtig dygtig én. Vores tillidsmænd for øvrigt. Han er gået på barsel derhjemme i to måneder med en lille én, som han valgte at tage, så konen gik på arbejde. Og det er også fair nok. Det er i orden. Jeg synes bare ikke det...det belaster vist heller ikke firmaet ret meget. Det synes jeg heller ikke det skal. De ordninger, hvis man vil lave det fra regeringens side. Fint nok. Vi er et rigt land. Og vi skal have det godt og folk, de skal have fuld løn, når de er hjemme. Jamen det er også i orden. Men det skal da ikke være virksomhederne, der skal betale det hele. Det er jo et konkurrenceparameter. Virksomhederne, som jeg har nede i Polen, som vi skal konkurrere med. Han skal ikke betale en skid, hvis ikke folk de kommer på arbejde. Jeg siger ikke, at vi skal have det, som de har det. Jeg mener, at vi skal have de goder, vi har. Jeg synes det er en samfundsopgave, hvis vi vil have de goder der.... Så må det betales den vej rundt. Og det er ikke, fordi jeg vil have skatten op, det vil jeg nemlig heller ikke ...Og så er det, hvad kan man så? Jamen det ved jeg ikke. Jeg synes bare, at når man pålægger virksomhederne det...det er ikke altid retfærdigt." (Pete, s. 17-9)

For den type af udgifter, som er forbundet med barsel, ferie, sygdom og andre typer af fravær er ét 'konkurrenceparameter', der er med til at gøre de danske medarbejdere dyrere end dem, der findes i f.eks. Polen. Og det er samme ræsonnement, der er til stede hos Jeff fra Slagteriet A/S (*"Det kunne jo også godt være, at der er nogen, der har nogle problemer derhjemme. Hvor man så kan sige: 'Jamen, hvorfor skal vi betale for, at du har nogle problemer derhjemme? Hvis vi bidrager med, at du kan få fri, hvis du kommer og siger det, som det er: 'Jeg vil gerne have en fridag på grund af det og det.' Så får du fri.' Så kan jeg ikke se, at vi skal betale sygeløn for det. Det er ikke vores opgave. Vi skal sørge for, at folk de får fri til at løse [deres]... problemer."*, Jeff, s. 14): lavere sygefravær hjælper på bundlinjen, og det er i sidste instans det virksomhederne må forholde sig til, uanset at det så må have nogle utilsigtede konsekvenser for medarbejderne.

Hvis man studerer tabel 6.3 nedenfor, kan man se, at sygefraværets funktion som 'selektionsmekanisme' også understøttes af materialet fra ASUSI-undersøgelsen. I stedet for at studere sygefravær som den afhængige variabel, er fokus flyttet til arbejdsløshed og den eventuelle betydning af forskellige mål for deltagernes sygefraværspraksis for deres risiko for at blive fyret. Her er arbejdsløshed operationaliseret som modtagelse af mindst én uges arbejdsløshedsunderstøttelse i opfølgningsperioden på 1½ år efter baseline i september 2004. Der er flere interessante observationer, der kan gøres på basis af tabellen: 1) For det første ser det ud til, at sygefravær øger risikoen for at blive fyret. Af de individer der indikerer ikke at have været sygemeldt i de 12 måneder før september 2004, blev 7,1% fyret i opfølgningsperioden, mens den andel stiger til det dobbelte (14,2%) for dem, der har været sygemeldt 4-5 gange og kulminerer med 33% blandt dem, der har været sygemeldte mere end 10 gange. Medarbejdere med et 'blakket' fraværsmønster er således hyppigere blandt dem virksomhederne sorterer fra, når de vælger at fyre. 2) Ligeledes ser der ud til at være en sammenhæng mellem sygenærvær og efterfølgende arbejdsløshed. Her er sammenhængen dog ikke så enkel. For dem, der meget ofte går syge på arbejde (mere end 5 gange om året), er risikoen for at blive fyret forøget, selv når man tager højde for antallet af sygemeldinger. Men det er interessant at se, at der er en lille – men signifikant – mindskning af risikoen for at blive fyret, for den del af de ansatte, som går syge på arbejde 1 gang (7,5%), når sammenligner med dem, der ikke gør det (8,5%). Der er som nævnt tale om en meget lille forskel. Men måske skyldes den, at de medarbejdere, som viser deres engagement ved at troppe op på arbejdet på trods af sygdom, får et plus i bogen hos deres arbejdsgiver, modsat dem, der aldrig gør det. 3) Men det er tilsyneladende ikke ligegyldigt af hvilke grunde, man går syg på arbejde. De deltagere, der indikerer at gå syg på arbejde af hensyn til kunder/klienter etc. havde en lavere risiko for at blive fyret end de, der ikke gik syg på arbejde af denne grund. Ligeledes finder vi, at de deltagere, der gik syge på arbejde, fordi arbejdsopgaverne ellers ville hobe sig op, har en lavere risiko for at blive fyret, end dem der ikke gik syge på arbejde med den begrundelse.

Hvis vi tolker det i forlængelse af det ovenstående, kan det måske igen være udtryk for, at de medarbejdere, der har en måde at praktisere sygefravær på, der tydeligt signalerer deres commitment til arbejdsstedet i første omgang bliver 'fredet' af deres arbejdsgiver, hvis uheldet skulle være ude, og der skal fyres medarbejdere. 4) Slutteligt kan vi se, at de medarbejdere, der finder det rimeligt at melde sig syge, fordi deres børn har fri, og der ikke er noget at lave på arbejdspladsen, har en højere risiko for at blive fyret end dem, der finder det urimeligt at gøre sådan. I dette tilfælde er der justeret for såvel helbred som antal sygemeldinger, hvilket betyder, at det (i princippet) er den *selvstændige* betydning af *holdningen* til dette spørgsmål og ikke holdningens eventuelle effekt på måden at handle på, der ses en effekt af.

Tabel 6.3 Sammenhænge mellem sygefraværspraktikker og arbejdsløshed. Forventede sandsynligheder. Logistisk regression.

	N	% der bliver arbejdsløse i opfølgnings- perioden ^{1,2}		N	% der bliver arbejdsløse i opfølgnings- perioden ^{1,2}
Gns i hele stikprøven (inkl non-responders)	18.892	8,8			
Sygefravær (selvrapporteret)			Sygenærvær af specifikke grunde		
0 sygemeldinger	3.839	7,1	Syg på arbejde pga. hensyn til kunder/klienter etc.	5.545	7,2
1 sygemelding	3.930	7,4	Intet sygenærvær af hensyn til kunder	3.580	10,9
2-3 sygemeldinger	3.653	9,7	Sygenærvær fordi arbejde hober sig op	5.052	7,3
4-5 sygemeldinger	716	14,2	Intet sygenærvær pga. arbejde hober sig op	4.073	10,4
6-10 sygemeldinger	294	15,0	Sygenærvær af frygt for at blive fyret	1.010	16,4
10+ sygemeldinger	66	33,3	Intet sygenærvær af frygt for at blive fyret	8.115	7,7
Sygenærvær			Børn fri - ikke meget at lave på arbejdspladsen		
0 episoder	3.403	8,5	1 = Helt urimeligt at melde sig syg	10.619	8,0
1 episode	1.936	7,5	2	756	12,2
2-3 episoder	4.718	8,2	3	436	13,1
4-5 episoder	1.450	9,2	4	218	13,8
6-10 episoder	438	10,3	5 = Helt rimeligt at melde sig syg	246	14,6
10+ episoder	475	16,2			
¹ Udfaldet er om der er mindst én uges registreret udbetaling af arbejdsløshedsdagpenge i DREAM. Der er altså ikke taget højde for hvor længe vedkommende er arbejdsløs.					
² Justeret for alder, køn, social klasse, selv vurderet helbred, antal sygemeldinger året før og branche.					

Med andre ord kan det igen fortolkes ind i forestillingen om arbejdsgiverens og ledelsens 'lille sorte bog', hvori der flittigt noteres, hvorvidt medarbejdernes adfærd er forenelig med virksomhedens ve og vel. Afvigende holdninger – som f.eks. accept af 'pjæk' (hvis man ned pjæk forstår det at tage sygefravær uden at være syg) – vil arbejdsgiverne ikke acceptere. Det resulterer i hyppigere fyringer hos dem, der synes pjæk er i orden, end hos dem der – enten holder meningen for sig selv eller har accepteret det urimelige i at 'pjække' (selv i de situationer, hvor der ikke er noget at lave).

Der er altså næppe nogen tvivl om, at sygefraværspraksisserne bliver brugt som selektionsmekanismer på de danske virksomheder. På den måde udvælges de mest egnede medarbejdere, dem der bedst kan være med til at sikre virksomhedens overlevelse på markedet. Og det betyder derfor også, at for nogle mennesker – i nogle bestemte positioner i arbejdslivsrummet - bliver sygefravær primært forstået som et konkurrenceparameter, man kan (og er nødt til at) forsøge at skrue på alt afhængigt af den givne situation, og hvor stort presset fra markedet er. I disse tilfælde er det ikke deres eget sygefravær, som er af interesse, men deres medarbejders eller deres ansattes, fordi det er dette sygefravær, som har størst relevans for dem i deres kontekst. For andre mennesker – i den modsatte ende af arbejdslivsrummet – får det den konsekvens, at de må regne med, at deres helbred og deres måde at praktisere sygefraværet på, ja sågar deres holdninger til fraværet bliver en mulig mekanisme, der bruges til at vurdere, om de er gode eller dårlige medarbejdere. Deres jobs er på nogle måder mere usikre end andres, men de er især mere usikre, fordi deres uddannelsesniveau og færdigheder ikke giver dem mange valgmuligheder, hvorfor de i mange tilfælde er låst fast i bestemte positioner. I sådanne situationer bliver sygefraværet praktiseret på en ganske reflektiv måde, hvor fordele og ulemper vejes for og imod, og hvor man mere end én gang bestemmer sig for, at det er bedre at trodse smerterne i ryggen eller hovedpinen end at være registreret endnu engang i ledelsens sygefraværstatistik; for det kunne jo være, at der blev lagt mærke til én næste gang et slagteri skal lukkes eller en produktionsvirksomhed flyttes til Østeuropa.

VIII. Jobusikkerhed (2)

Men jobusikkerhed handler ikke kun om frykten for at blive arbejdsløs. For man kan også 'miste sit job' på anden vis, når man f.eks. mister værdsatte aspekter ved det arbejde, man besidder, i forbindelse med reorganiseringer af arbejdspladsen, fusioner o. lign. I den optik resulterer jobusikkerheden i en sorgfølelse, der – rent psykologisk - kan sammenlignes med oplevelsen af et dødsfald. Måske medfører sådanne omstruktureringer tab af karrieremuligheder, lavere løn, mindre status, mindre frihed til at bestemme over arbejdsopgaverne, færre ressourcer til at løse samme mængde opgaver, eller måske får de betydning for mulighederne for et godt socialt fællesskab med kollegaerne (Greenhalgh & Rosenblatt, 1984, s. 442). Uanset hvad er ændringer af arbejdsforholdene en mulig kilde til bekymring, der også udgør den kontekst indenfor, hvilken man praktiserer sit sygefravær.

Som nævnt tidligere blev interviewene foretaget i løbet af 2006, hvilket betød, at en stor del af de offentligt ansatte jeg interviewede (4 ud af 5) stod overfor at skulle igennem ændringer på deres arbejdsplads som følge af kommunalreformen, der trådte i kraft 1. januar 2007. Olivia og Preben fortæller her om de overvejelser de og deres kollegaer har gjort sig om den forestående kommunesammenlægning:

"Arbejdsmiljø... hvordan ser verden ud 1.1.2007, når vi starter? Det fylder meget lige nu. Men vi er blevet enige om, at vi vil have lov til at grine, og så tager vi den derfra. Men det er den, der ligger og lur, via det vi læser i pressen og aviser og medier, sådan generelt. Det er det i hvert fald for mit vedkommende... Jeg tror,

det er de besparelser, der kommer. Jeg kan ikke lide den her service eller omsorg, fordi det er mange gange det, vi har fået lov til at have lidt mere plads til, synes jeg selv, der har været tid til... Jeg var til møde med ham vi skal have til chef, så sagde jeg til ham: 'Du giver fandeme røde knopper, når jeg læser, at der står 5 minutter til sengeskifte, én gang ugentligt... og bad to gange ugentligt. Jeg ved godt, at du skriver med forbehold, men hvad er forbeholdene? Hvem er det, der bestemmer de forbehold?' Det kan jeg bare næsten ikke tage ... Det er jeg da bekymret for, fordi det kan ikke være rimeligt, at man skal fratage normalt tænkende mennesker [det]. Der skal ikke sættes tid af til sådan noget, synes jeg." (Olivia, s. 29)

"Og det bliver ikke bedre af, at vi kommer i den ny storkommune. De skal jo spare 120 millioner. Altså det er godt nok på det hele. Altså skoler, institutioner, det hele. Men det bliver vi jo også berørt af et eller andet sted. Det er mange penge. Men vi bliver jo også en stor kommune, som strækker sig langt. Så vi får...det ved jeg slet ikke. Altså jeg kan sgu ikke finde ud af hvordan, de vil køre det. Og jeg tror ikke de selv kan finde ud af det. Men det er i hvert fald noget med, at vi er jo fem kommuner, der bliver lagt sammen. Og der skal vi have tre materialegårde. Der er fem driftsledere, og der skal kun ansættes tre. Og den driftsleder vi har, han ved ikke, om han er købt eller solgt endnu. Vi har fået at vide, at vi skal blive. Men så er der så noget med...nogen skiltefolk... De ved ikke, om der skal oprettes noget i Videbæk, hvor de kun har med skilte at gøre. Så dem, der arbejder med skilte nede ved os, de skal så til Videbæk, men der har de sgu ikke hørt noget endnu. Der sker mange ting 5. januar. Det bliver spændende. Se hvad de finder ud af." (Preben, s. 6-7)

Olivia og Preben siger samstemmende, at de er bekymrede over udsigten til besparelser. I sidste ende kan det nemlig ikke betyde andet, end at den måde, de udfører deres arbejde på i dag, næsten stensikkert vil ændre sig, og de har ikke mange forhåbninger om, at det skulle blive til det bedre. Et andet aspekt – som alle de offentligt ansatte, der er berørt af reformen nævner, handler om manglende information i forbindelse med sammenlægningen. Preben ved ikke, hvordan det kommer til at se ud året efter, og han er sikker på, at det gør ledelsen heller ikke. Indtrykket af en kaotisk proces frem mod sammenlægningen er også det en tredje af mine informanter, sekretæren Hillary, hæfter sig ved. (*"Jamen, jeg synes nogle gange, at den ene ved ikke, hvad den anden laver. Hvem har egentlig det endelige ansvar, og hvis man skal snakke med nogen? ... Så er det ikke altid, de lige ved, hvem der står for det, og den der står for det, ved faktisk knap nok, hvad de vil have alligevel."*, Hillary om sin nye arbejdsplads, s. 10)

I første omgang er det bekymring, irritation og vrede, der præger reaktionerne på omstruktureringsprocesserne. Følelser, der i længden er u hensigtsmæssige for såvel de implicerede som for arbejdsgiveren. I Greenhalgh & Rosenblatts artikel (1984) identificeres tre mulige reaktioner på oplevelsen af jobusikkerhed: 1) at usikkerheden spiller ind på de ansattes arbejdsindsats og måske i sidste ende sænker produktiviteten, 2) at de medarbejdere, der føler jobusikkerhed søger væk fra virksomheden, hvilket i særdeleshed vil være de bedste og dygtigste medarbejdere, hvorfor det også ville kunne svække virksomhedens konkurrenceevne og 3) at der er en generel modvilje mod forandringer, der følger i kølvandet på reformer af den størrelse. Det vil igen kunne være med til at påvirke virksomhedens produktivitet og generelle arbejdsklima i negativ retning. Disse konsekvenser er alle problematiske fra virksomhedens side, men siger ikke så meget om konsekvenserne for de ansatte, der må leve med usikkerheden.

Et citat fra Hillary, der står overfor, at hendes arbejdsplads på kommunekontoret i Vindelsbæk skal lægges ind under den meget større arbejdsplads i Hangbakke, kaster lys over to af de ovennævnte pointer:

"Det er det, jeg ikke ved [om jeg vil fortsætte med mit nuværende job på trods af de kommende ændringer]. Det er det, jeg har sagt til mig selv, at det vil jeg give en chance... jeg [skal] i hvert fald lige vænne mig til [det]. At man ikke får så mange forskellige opgaver. Og det er der, hvor jeg er lidt i tvivl om, om jeg kan finde mig i det... Jeg har bestemt, at jeg har en dato. Jeg har sagt: 'Hvis jeg, når jeg når den dato, synes at det er træls at stå

op og gå på arbejde, så er jeg den, der er væk.' Det skal have en chance... Det er derfor, at det er sådan lidt en atypisk situation, jeg er i lige nu. Men jeg vil i hvert fald sige, at det har i hvert fald været det [gode arbejdsmiljø], der har trukket meget herude. Også det der med, at man går på arbejde, selvom man måske synes: 'Arh.' Man er ikke lige alt for frisk. 'Nå, ja, skidt. Det går nok.' Altså, det er jo i hvert fald noget af det, der trækker, at man synes, at det er et godt sted at komme, og at man har det godt. Så kan man tit lige give lige lidt mere." (Hillary, s. 6-7)

For det første er Hillary slet ikke sikker på, om hun har lyst til at fortsætte på arbejdspladsen efter de forandringer, der skal træde i kraft. Hun er bekymret og ærgerlig over udsigten til at miste nogle af de aspekter af hendes job, hun har værdsat meget. Men hun har dog besluttet sig for at give det nye job en chance. Ikke mindst på grund af hendes kollegaer og det sammenhold hun føler med dem, noget hun nødt vil give slip på. Og hun indikerer samtidig, at netop de meget gode arbejdsmiljøforhold, hun har haft, faktisk har bevirket, at hun i adskillige situationer har haft lyst til at tage på arbejde, selvom hun har været småsløj. I den måde, det fremføres på i citatet, lægger der også indirekte en forventning om, at det måske ikke længere vil være tilfældet, når hendes arbejdsplads bliver slugt af den store. Og på den måde får jobusikkerheden også indirekte betydning for de ansattes måde at praktisere sygefraværet på. I sådanne situationer vil de være mindre 'offervillige' end de hidtil har været, fordi de ikke længere føler den samme forpligtelse overfor arbejdspladsen som de gjorde før. Måske kan man tale om, at den 'psykologiske kontrakt mellem virksomhed og medarbejder' (Schein, 1990, s. 26-30) i disse situationer er 'sagt op' (se Ashford, Lee & Bobko, 1989; Smithson & Lewis, 2000; King, 2000).

Andre vil ikke have andet valg end at acceptere ændringerne og leve med dem. Måske fordi de som Annisette er afhængige af indkomsten, og i kraft af deres manglende uddannelse ikke er så fleksible, som f.eks. Jannik, at de kan tage et nyt job. De ældste af disse kan i stedet for at vælge et nyt job måske overveje at forlade arbejdsmarkedet, som én måde at 'cope' med jobusikkerheden på (i hvert fald er gartneren, Preben, ikke så bekymret, fordi han i løbet af få år kan gå på efterløn). Men der er også en gruppe af medarbejdere, der slet ikke har lyst til at skifte job eller erhverv på trods af omstruktureringerne og usikkerheden. De arbejder nemlig lige præcis med det, de gerne vil. Her får omstruktureringerne en særlig betydning, fordi de meget vanskeligt kan negligeres uden, at det vil kræve en radikal omgørelse af den placering arbejdet har i deres liv og i forhold til deres identitet.

IX. Rollekonflikter og udbrændthed

Hjemmehjælperen Olivia og folkeskolelæreren Belinda er måske de bedste eksempler på medarbejdere, hvor jobusikkerheden ikke kan undgås selv ved at søge nye græsgange. De omstruktureringer, der sker her, foregår nemlig på et så generelt niveau, at de stort set er gældende for alle ansatte indenfor deres respektive erhverv. I nogle sammenhænge er det de nye måder at styre den offentlige sektor på (New Public Management), der blev implementeret op igennem 1990'erne, der gives som forklaring på de ændrede forhold (Csonka & Boll, 2000; Vabø, 2009). Men man skal i forhold til hjemmeplejen ikke glemme, at befolkningens aldring har haft en markant betydning, ligesom idealet om at beholde borgerne i hjemmet så længe som overhovedet muligt også forøger den andel af ældre, som har brug for pleje. Det er vanskeligt helt præcist at afgøre, hvordan udviklingen på området har været pga dårlig statistik. Men hvis man sammenligner perioden fra 2000 til 2004 kan man se, at der i den periode skete en stigning af personer, der får hjemmehjælp af forskellig art på 2-5%, mens kommunernes udgifter til området faldt med 2%. Der er altså noget om snakken, når Olivia taler om, at servicen er blevet skåret. Det gør sig især gældende for den del af hjælpen, der har at gøre med 'praktisk bistand', dvs. hjælp til

rengøring o. lign. I 1999 udgjorde denne del af hjælpen 26% af det samlede antal bevilgede timer i hjemmehjælp, mens det tal var faldet til 16% i 2005 – et fald på næsten en tredjedel, hvis man regner den samlede bevægelse ud (Nielsen, 2007). Og netop disse nedskæringer og udsigten til, at der bliver gennemført endnu flere i kølvandet på kommunalreformen er med til at skabe den anden type af jobusikkerhed, som er beskrevet ovenfor. Om konsekvenserne af disse ændringer siger Olivia:

”...men der er jo skåret noget i servicen siden... For det første skal du omstille dig. Det er måske ikke det værste. Men det er tyngden. Det er dét ikke at kunne gøre sit arbejde godt nok... [ikke kun] ét sted, men fire steder. For det kan du ikke, når du kun har en time. I dag, der må du ikke, der runder du jo hjørnerne. Vi kan jo ikke sådan komme ned, eller skal ikke gøre det i hvert fald... Det er dét, der har været svært, fordi nogle af dem, jeg arbejder sammen med, det er jo gamle hjemmehjælpere, husmoderagtige... De unge, der kommer til [faget] i dag, de lærer at sige: 'Dét der. Det må vi ikke' eller 'Dét der skal vi ikke'. Hvor måske en [ældre] hjemmehjælper siger: 'Jamen, det er også synd for Marie. Jeg har lige gjort det [alligevel], fordi [vi har] sådan en lidt speciel aftale.' Der er vi blevet bedret til at holde fast i, hvornår man er professionel, og hvornår man ikke er. [Men] det er svært i små samfund... Jeg kan da huske, at jeg arbejdede sammen med en hjemmehjælper, der sagde: 'Årh, men jeg tager lige hjem og tager en middagsøvn, og så tager jeg lige ned til Niels Peter i eftermiddag, og så får han lige et besøg.' Det gjorde man bare, der skrev man [det] ikke på [arbejdssedlen]. [Sådan] gør man ikke i dag. Der skal man have for den tid, man skal have for.” (Olivia, s. 6-7)

For Olivia er det værste ved hendes arbejde – som hun ellers elsker meget højt – den diskrepans, der efterhånden er opstået, mellem den måde hun gerne ville og er oplært til at gøre sit job, og så de faktiske muligheder hun har for at udføre jobbet som hjemmehjælper i dag, qua de nedskæringer hun og kollegaerne har været udsat for. Det er både den ydmygelse, der lægger i, at man ikke kan få lov til at gøre jobbet i tråd med sin faglige stolthed, der nager hende. Men det er også visheden om, at nogle af de ældre mennesker, hun hjælper, også føler, at servicen – og særligt rengøringen – bliver gjort med en alt for let hånd, der slet ikke stemmer overens med den måde, de selv gjorde rent på, da de havde evnerne til det. Hos nogle af Olivias kollegaer resulterer det i, at de laver 'frivilligt arbejde' for de ældre, som de ikke får betaling for. De yngre derimod er ifølge Olivia langt bedre til at være 'professionelle', hvilket i denne sammenhæng bliver synonymt med at undgå at lade sig følelsesmæssigt påvirke af diskrepansen mellem ens faglige stolthed, og det arbejde man kan tilbyde.

Men det kan være vanskeligt at undlade at lade sig følelsesmæssigt påvirke af en sådan diskrepans. I hvert fald er der mange studier, der viser, at forskellige faktorer i det psykosociale arbejdsmiljø f.eks. tidspres, rollekonflikt (forstået som netop diskrepans mellem ønskelige og faktisk mulige måder at udføre arbejdsopgaver på) og følelsesmæssige 'krav' øger risikoen for at udvikle 'udbrændthed' på længere sigt (se f.eks. Borritz, Bültmann, Rugulies, Christensen, Villadsen & Kristensen, 2005). Udbrændthed er et tvetydigt begreb, som i mange sammenhænge defineres som 'prolonged job stress, i.e. demands at the workplace that tax or exceed an individual's resources... burning out (depleting one's resources) is a long-term process.' (Maslach & Schaufeli, 1993, s. 9). På den måde kan det kun adskilles relativt set fra job stress og depression. Men det er dog karakteristisk, at udbrændthed er en tilstand, der primært er centreret om arbejdet, og derfor ikke, som det er tilfældet med depression, 'spredt' sig til resten af den ramte persons hverdagsliv.

I denne sammenhæng er det ikke så interessant om Olivia udvikler udbrændthed eller ej. Det, der har betydning, er i stedet, at jobusikkerhed og faktisk realiserede forringelser af arbejdsforholdene, kan påvirke sygefraværet. I modsætning til den betydning, jobusikkerheden havde for Annisette, hvor den påvirkede måden at praktisere sygefraværet på *direkte*, kan vi i tilfælde, som det Olivia beskriver, i stedet forestille os at påvirkningen er *både* direkte og indirekte. Jobusikkerheden fører på længere sigt til

forringelser af de udsatte medarbejderes psykologiske velbefindende og forøger dermed antallet af situationer, hvor vedkommende er nødt til at forholde sig til et mismatch mellem arbejdsevne og arbejdsopgaver. Der er endog studier, som viser, at udbrændthed påvirker såvel hyppigheden som længden af sygemeldingerne (Borritz, Rugulies, Christensen, Villadsen & Kristensen, 2006). Men man kan selvfølgelig igen forestille sig, at man ikke nødvendigvis tager fravær, men i stedet vælger at trodse symptomerne. Som Hillary (og flere andre) er inde på, vil tilbøjeligheden til at 'ofre' sig for arbejdet, når man føler sig usikker på jobbet, dog være mindre end i de situationer, hvor arbejdsklimaet er godt og der ingen usikkerhed eksisterer. I disse tilfælde får jobusikkerheden altså direkte betydning for, hvordan de ansatte praktiserer deres sygefravær.

Af tabel 6.4 nedenfor fremgår det tydeligt, hvilke konsekvenser denne type af jobsusikkerhed medfører: sandsynligheden for at blive sygemeldt i mere end 14 dage stiger fra 8% blandt de, der ikke oplever denne type jobusikkerhed til 14,3% for dem, der oplever det og føler sig meget genereret af det. Og det ser ud til, at det ikke kun er risikoen for langvarigt sygefravær, der stiger som følgende af uønskede forandringer. Vi kan ligeledes konstatere, at sandsynligheden for at have brugt sygefravær strategisk som en måde at cope på stiger fra 13,6% blandt dem uden denne type jobusikkerhed til 28% blandt den gruppe, der er mest generet af det. Og slutteligt fører uønskede forandringer også til, at medarbejdernes 'commitment' til deres job falder. Hvis man bruger hhv. arbejdstilfredshed og hvor stolt de er af jobbet som indikatorer på det er der markante sammenhænge. Jobusikkerhed resulterer altså i lige nøjagtig de negative konsekvenser for virksomheden som Greenhalgh og Rosenblatt (1984) omtalte.

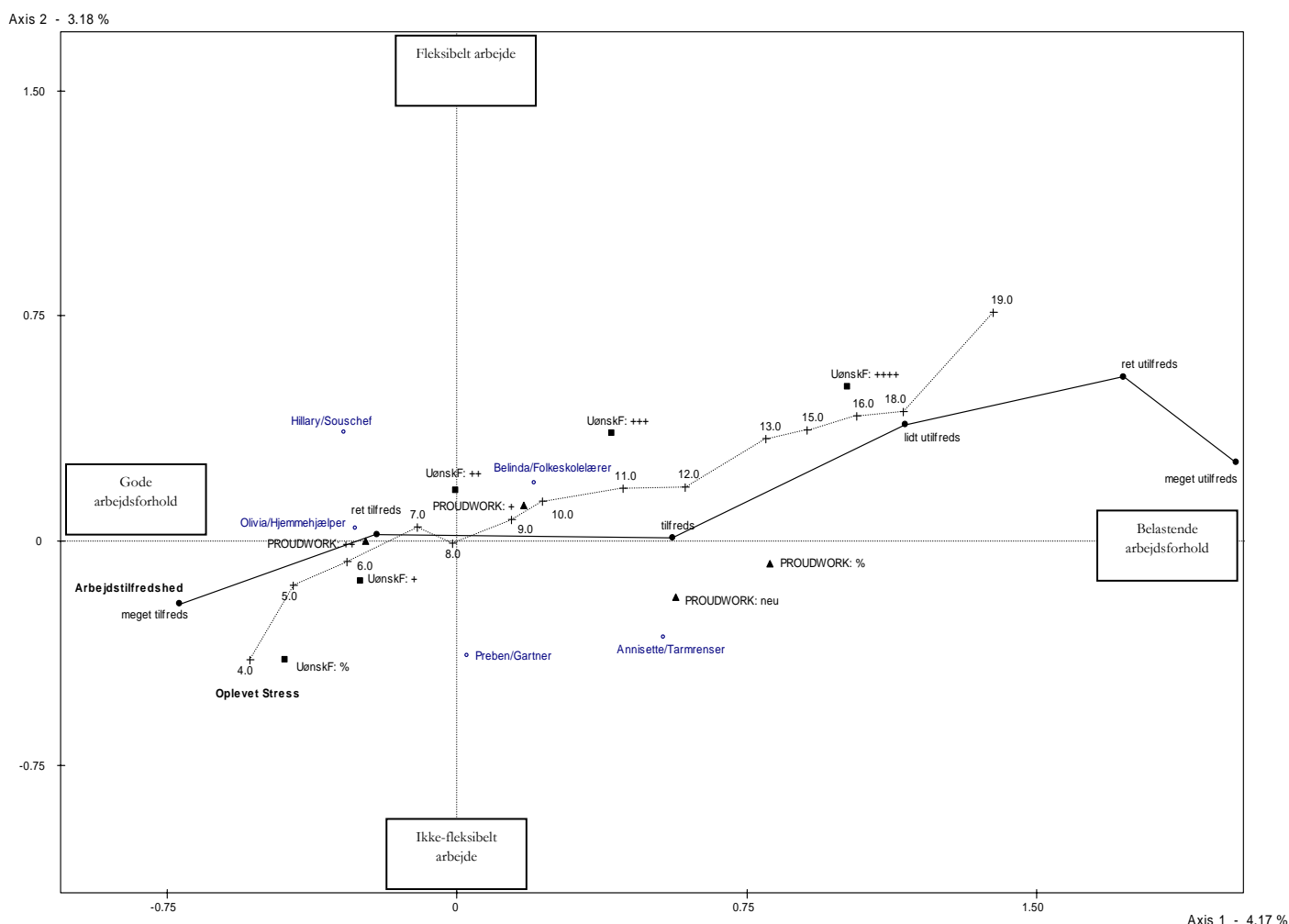
Tabel 6.4 Betydningen af uønskede forandringer for sygefravær og arbejdstilfredshed.
Forventede sandsynligheder. Cox Proportional Hazards og Logistisk regression.¹

<i>Jeg har oplevet eller forventer at opleve uønskede ændringer på mit arbejde</i>	N	% med sygemelding (>14 dage) over 1½ års opfølgning	% der ikke er stolt af deres job	% der er utilfredse med deres job	% der har taget sygefravær fordi de havde hårdt brug for en fridag
Uenig	4.128	7,99	3,24	4,35	13,57
Enig, det generer mig ikke	1.948	9,72	3,61	4,97	14,53
Enig, det generer mig lidt	2.872	9,74	4,22	10,00	17,56
Enig, det generer mig noget	2.192	10,87	6,13	16,28	20,97
Enig, det generer mig meget	1.397	14,31	7,67	31,87	27,97

¹ Alle analyser er justeret for køn, alder, social klasse og selvvalgt helbred.

Figur 6.3 viser modaliteterne for uønskede forandringer, arbejdstilfredshed, stolthed over jobbet, samt oplevet stress ligesom en række informanter er plottet ind i arbejdslivsrummets første to akser. Figuren illustrerer på fin vis den tætte forbundethed, der er mellem de forskellige modaliteter, som fordeler sig langs den første akse på samme måde. Det er vigtigt at huske på, at det ikke er muligt på baggrund af ASUSI-undersøgelsen at sige noget om relationerne mellem arbejdstilfredshed, oplevet stress og uønskede forandringer. Men figuren viser endnu engang, hvordan praktiseringen af sygefravær sker i vidt forskellige kontekster alt afhængig af placering i arbejdslivsrummet.

Figur 6.3 Uønskede forandringer på jobbet, arbejdsklima og selv vurderet helbred i arbejdslivsrummets flade 1-2.



X. Jobusikkerhed (3)

Men én væsentlig gruppe af erhvervsaktive er slet ikke del af den normale teoretisering om jobusikkerhed: de selvstændige erhvervsdrivende. Nogle gange indgår de på lige vilkår med andre erhvervsaktive. Så måler man på, hvor megen eller hvor lidt jobusikkerhed, de føler sig udsat for. Andre gange holder man dem helt udenfor. Men overvejelser om, hvorvidt man overhovedet kan betragte jobusikkerhed som et relevant fænomen for denne gruppe, er der ingen af. I de fleste undersøgelser om jobusikkerhed, hvor selvstændige erhvervsdrivende også er inkluderet, finder man, at denne gruppe rapporterer lavere niveauer (Manski & Straub, 2000; Hundley, 2001), hvilket også var tilfældet i ASUSI-undersøgelsen (jf. tabel 6.1 ovenfor). Disse fund går stik imod den hovedidé, der også findes i litteraturen, som slår det at være selvstændig i hartkorn med andre former for 'ikke-standardiseret' arbejde (se f.eks. Vosko, Zukevich & Cranford, 2003). Og det er selvfølgelig klart, at hvis man udelukkende betragter de selvstændige ud fra parametre som arbejdstid, sikkerhed for indkomst, arbejdssted mv., ja så er det på sin vis rimeligt nok at kategorisere gruppen som én type af 'contingent

jobs' på samme måde som f.eks. ansatte på tidsbegrænsede kontrakter eller deltidsansættelser. Men på den anden side negligerer en sådan tilgang til de selvstændige en helt central tradition i sociologien og forståelsen af markedet, der baserer sig på den marxistiske klasseanalyse. I en sådan optik kan det være ganske rigtigt, at der er visse ligheder mellem de forhold, den selvstændige har, og de forhold løsarbejdere har. Men mht adgangen til ressourcer, produktionsmidler eller kapital, er der en stærk asymmetri, som det vil være klogt ikke at glemme. Ligeledes må vi forestille os, at disse forskelle i arbejdsvilkår også producerer forskelle i (klasse)bevidsthed og forståelse af f.eks. fænomenet sygefravær.

I første omgang handler det om sammenhængen mellem (job)sikkerhed og risiko. Hvis vi i den forbindelse husker på Luhmanns distinktion mellem risiko og fare handlede det i høj grad om den attributionsproces, der tilregner bestemte personer ansvaret for evt. negative konsekvenser af en handling.

"Hvis skader betragtes som en følge af egne beslutninger og tilregnes disse beslutninger, er der altså tale om risici, ligegyldigt hvordan disse risici vurderes i forhold til chancerne og hvilken idé om rationalitet som ligger til grund. Man antager da, at skaden ikke ville være sket, hvis der var blevet truffet en anden beslutning." (Luhmann, 1997, s. 177)

Om jobusikkerhed er en *risiko* eller en *fare* afhænger altså i høj grad af, hvilken rolle den jobusikkerhedsramte selv spiller i forhold til situationen (eller i hvert fald hvilken rolle han tilskrives i attributionsprocessen). Og lige netop her, er der stor forskel mellem selvstændige og lønmodtagere. I langt de fleste tilfælde vil en selvstændig selv have påtaget sig den 'risiko' for jobusikkerhed, der følger af at opgive en fast indkomst og i stedet forsøge sig på markedet på egne hænder. Modsat forholder det sig for de personer, der har påtaget sig et job – som f.eks. Annisette – og som på grund af forhold uden for egen rækkevidde (f.eks. vilkårene på markedet for den branche man arbejder i) frygter, at jobbet kan forsvinde og dermed resultere i arbejdsløshed og deraf følgende nedsat levestandard.

Hvis man betragter den modsatte situation – altså fraværet af jobusikkerhed er der igen forskel mellem selvstændige og lønmodtagere. For lønmodtagerne er det fraværet af en umiddelbart fyringstrussel, der udgør modsætningen til den jobusikre situation. For den selvstændige er det visheden om, at man har tjent så mange penge, at man i princippet er sikret resten af sine dage (*'Jamen...vi er selvfinansierende i virksomheden... jeg behøver ikke... jeg kan tage hjem nu, ikke også? Jeg behøver ikke lave mere [resten af livet]... vi har kørt forretningen i tyve år. Det er gået godt alle år. Vi skylder ingenting væk. Men selvfølgelig betyder penge noget... jeg vil da kæmpe for at lave et lige så godt resultat her i virksomheden hvert år. Der er da ikke meget ved at se, at det smuldrer, altså at det kører ned i sæk. Selvfølgelig betyder pengene noget... penge betyder jo for forretningen, at du er i stand til at udvikle dig. Hvis ikke du kan tjene penge kan du ikke udvikle en virksomhed, så du er nødt til tjene penge.'*, Pete, s. 6-7) I forhold til dette eksempel kan man tydeligt se, at arbejdsgivere og arbejdstagere (lønarbejdere og kapitalister) står i et modsætningsfyldt forhold til hinanden: hvis lønmodtagerne er 'sikre', fordi de er i en gunstig forhandlingsposition qua mangel på arbejdskraft betyder det omvendt, at de selvstændige er under ekstra stort pres og vice versa.

Hos nogle af de selvstændige, jeg interviewede, indebar det at være selvstændig også, at man var i stand til at håndtere presset fra den risiko, man kunne komme ud for at skulle udsætte sig selv og sin familie for. Ursula, der er direktør i en medievirksomhed, fortæller, at virksomheden først i slutningen af 1980'erne bliver tilbudt at købe den lokale telefonbog, hvilket medfører en økonomisk satsning. Denne satsning lykkedes og gør samtidig det eksisterende trykkeri væsentligt større både omsætnings- og personalemæssigt. Nogle år senere tilbyder en landsdækkende virksomhed at overtage telefonbogen og

Ursulas mand, Jens – som hun ejer virksomheden med – takker uden betænkeligheder ja mod at få en produktionsaftale, der sikrer, at telefonbogen fortsat skal trykkes på Ursulas virksomhed, og man derfor kan holde fast i virksomhedens størrelse. Ursula beretter om det videre forløb:

“Men i 2002 opsiger RSX produktionsaftalen med os omkring telefonbogen. Og det ligger i størrelsesordenen på de der par millioner, og det er jo mange penge i vores budget. Samtidigt tillader Mellembank sig at blive solgt til Byttebanken, og Mellembank har været vores kunde her i huset i mange, mange år, og der forsvandt en anden kunde til 6-700.000 eller sådan. Det har så været i 2002 ... og jeg tænkte: 'Hvad er det lige vi gør nu? Går vi tilbage og bliver en lille virksomhed? Barberer vi antallet af ansatte og sætter vores niveau ned? Prøver vi på at erstatte den mistede del af vores omsætning, eller hvad gør vi?' Så viste det sig, at Centrumgrafik var til salg ved RSX, og det købte vi så sammen, eller det var egentligt firmaet, og jeg købte så en aktiepost der. Og de skulle jo have en portefølje, der skulle kunne dække det, vi havde mistet. Det har det så også haft, men det har været svært. Efterfølgende i 2004 køber vi så en virksomhed og fusionerer med, og det er den model vi har i dag. ... Det er stadigvæk to aktieselskaber, Centrumgrafik er det ene aktieselskab, Trykkeriet A/S det andet. ... Vi har gjort [det sådan], fordi vi i Trykkeriet A/S havde nogle mindretalsaktionærer og har stadigvæk én tilbage. Og vi syntes ikke, at de skulle ud at risikere hus og hjem. Det er Jens og jeg jo vant til, men almindelige lønmodtagere, der har købt for 50.000 kroner aktier. De er ikke klar til at smide x antal millioner på bordet. Så derfor valgte vi at sige, at det ligger vi selv i ekstra, og så er det os, der tager risikoen og det er baggrunden for det. Det var jo [heller] ikke [sikkert], de kunne låne pengene. ... Men det er da barskt, når man lige tænker det igennem. Nu har vi lige været igennem et bankskifte. Vi har faktisk haft den samme bank i alle de år før, og der havde vi en meget negativ oplevelse i forhold til den behandling vi lige pludselig fik, fordi de synes ikke, at vi tjente penge nok. Jamen, det ved vi da godt selv, at vi ikke gør. Det behøver de sgu da ikke at komme og sige til os. Vi gør da alt, hvad vi kan for at vende det. ... At købe sådan en virksomhed som Centrumgrafik har været utrolig dyr. Det har også været godt, men det har kostet temmelig mange millioner. Men nu kan vi se, at vi har gjort det rigtige, men det kan de ikke se. Og det måtte vi jo forholde os til. Men så fandt vi bare en anden bank. Der stod faktisk fire eller fem banker i kø og gerne ville have os... [Men] bare det pludselig at skulle se sig selv i bakspejlet og sige: 'Hvad er det egentlig vi kan tilbyde her? Hvad er det for en butik vi har? Hvad er det for nogle aktiver vi har? Har vi i det hele taget nogle aktiver? ... Jeg tror faktisk altid jeg har haft en selvstændig i maven. Jeg har aldrig ikke turdet at risikere, og det er også det, jeg siger, jeg ligger helt rolig om natten, også i de perioder, hvor vi ikke har tjent penge, for jeg ved, at jeg gør det rigtige, og jeg ved, at jeg også er god til det. Jeg ved også, at vi samlet set har fået samlet godt nok op.” (Ursula, s. 2-3, 7-8)

At firmaet mister kontrakten på at trykke og lave telefonbogen, er i sig selv en så stor ændring af grundlaget for deres forretning, at det er med til at producere ’jobusikkerhed’: Ursula vejer for og imod om de skal trimme virksomheden og indrette produktionen efter en langt lavere volumen, eller om de i stedet skal satse på at finde nye kunder og nye opgaver. Selve den usikre situation er måske ikke så anderledes, end den Annisette befinder sig i. Der er forskellige tegn på øget konkurrence, som gør jobbet usikkert – men i modsætning til Annisette har Ursula mulighed for at forholde sig til jobusikkerheden på en mere proaktiv måde. Hun vælger at udvide virksomheden ved at opkøbe en anden, og tager dermed en risiko, der potentielt kan føre til, at hun mister ’hus og hjem’. Men det er hun ’vant til’; hun har ifølge hende selv ’altid haft en selvstændig i maven’, og derfor er det at ’risikere noget’ ikke en ubehagelig stressor, men måske snarere en udfordring, som pirrer hende til at yde endnu mere og bedre, end hun ellers ville. Det er i hvert fald sådan, hun konstruerer sin historie og ser sig selv. Et andet eksempel på en selvstændig, der har investeret – og dermed risikeret – meget gennem de seneste år er gårdejereren Andreas, der bor lidt udenfor Ringenæs. Han har overtaget gården efter sine forældre ved et ’glidende generationsskifte’ over en periode på mere end tolv år. Det har blandt andet ført til, at de har ’ekspanderet bedriften’ fra at være en énmandsbedrift til i dag at være en virksomhed med 12 medarbejdere. Det øgede antal medarbejdere og dermed både produktion og omsætning

betyder, at Andreas har haft mulighed for at gøre virksomheden mere attraktiv på en lang række punkter f.eks. i forhold til arbejdsredskaberne, dyrevelfærd og forhold for medarbejderne.

”Det er svært, hvis du har en mindre produktion, for redskaberne er jo de samme, om du har en lille eller en stor produktion. Og det er klart noget med lønsomhed i den sidste ende. Så vi er blevet fanget af at ville have en bedrift, hvor det hele bare er super duper i orden, og hvor vores medarbejdere godt kan lide at være. Det er i den tråd, vi har udviklet det til det, det er i dag... Men altså ydre ting kunne gøre, at man ikke kunne udføre ledelsesdømt...; at man blev nødt til at tænke anderledes. Men det skulle være sådan en ting, der gjorde det. Altså selvfølgelig økonomiske ting, hvis vi ikke kan få tingene til at hænge sammen, så er man klart nødt til at tænke anderledes. Vi har jo gearret den her bedrift op og bygget her, så hvis vi ikke formår at drive den med de medarbejdere, så er vi jo nødt til at flytte og finde på noget andet. Og det er der en del af mine kollegaer... ...som gør. De synes ikke, de har et udkom [fornuftigt afkast?, CDH] via den arbejdsindsats de har, og så skipper de det. Sidste år købte vi tre ejendomme. Alle tre var 40 år eller derunder. Ikke alene pga. økonomien, men fordi de ikke synes, at det var det værd at arbejde med. Sygdom i besætningen. Uheld med medarbejdere. Kan du ikke få medarbejdere, kan det også snart blive træls at have med at gøre.” (Andreas, s. 6-8)

Andreas føler sig ’fanget’ af den vækst og omsætning, der er nødvendig for at kunne opretholde nogle arbejdsvilkår, der gør det værd at lægge så mange timer i arbejdet med virksomheden. Det er derfor ikke kun den økonomiske risiko, der ligger i at have opkøbt tre naboejendomme indenfor et år, eller det at have mere end ti medarbejdere ansat, som skaber ’risici’. Det handler i lige så høj grad om den ’arbejdsindsats’ de ligger i at drive gården. Om den meget store mængde timer, det kræver at være selvstændig landmand, stemmer overens med den økonomiske gevinst og den ’prestige’, man opnår som følge af det. (*”Ja, men jeg tror jeg tager det som en selvstændig virksomhed, som jeg helst skal kunne leve af, og helst have mig en løn, der svarer til en akademikers. Til den timeløn, man nu har der. Ellers ville jeg føle mig lidt dum, hvis den ligger alt for meget under andre steder.”*, Niller, s. 7) Om man vil betegne disse refleksioner som et udtryk for ’jobusikkerhed’ kan man selvfølgelig debattere. Men uanset hvad er der en vis analogi mellem Annisettes ’følen-sig-låst-fast’ og Andreas’ ’fangethed’. De er begge sat (eller har placeret sig) i situationer, hvor der er en vis nødvendighed forbundet med de mål og ønsker de har, og den praksis der skal til at for at realisere dem. Og de er begge – på trods af den store forskel i adgangen til ressourcer – afhængige af markedets luner, hvad enten det er konkurrencen fra markedet eller adgangen til arbejdskraft.

Men det, der er på spil, er selvfølgelig ikke det samme. For Annisette er det frygten for at blive arbejdsløs eller måske i yderste konsekvens blive fuldkommen overflødig, fordi de evner, man besidder, ikke længere har nogen værdi i samfundet. For Andreas og Ursula er det risikoen for at gå konkurs, der lurar. Her er det ikke alene de økonomiske konsekvenser af dette som ’truer’. Det er klart, at såvel Andreas som Ursula i sidste ende risikerer personlig konkurs, hvilket kan få betydning for deres familie. Men det handler altså også om tab af et familieklenodie – for Andreas vedkommende faderens livsværk – en gård, der har eksisteret i mere end en menneskealder, og for Ursulas vedkommende et trykkeri med stolte traditioner, der har været en central virksomhed i Hangbakke siden starten af det forrige århundrede (*”Trykkeriet A/S er til din orientering 105 år gammelt. Så det er én af de ældste virksomheder i Hangbakke. Centrumgrafik er nok 55 år. Så det er gamle virksomheder. Der er en vis respekt i at kunne finde ud af at holde sådan noget i gang...”*, Ursula, s. 11) Og med denne historie også tabet af en særlig selvstændighedskultur eller -livsform, som den beskrives af Thomas Højrup i *Det glemte folk*: Udgangspunktet for mange af hans beskrivelser er landbruget, fordi den rurale livsform findes her i

sin reneste form. Men livsformen genfindes også i byerne og er netop kendetegnende ved at være rammende for de fleste selvstændige erhvervsdrivende. Til livsformen knytter sig

”[e]n ideologi, der adler hårdt arbejde, udholdenhed, ansvarsfølelse, gå-på-mod, selvstændighed, frihed, samarbejdsevne, offervilje, fysisk styrke, og evne til planlægning og problemløsning, når det ser allerværst ud, er en absolut nødvendig betingelse, for at familiemedlemmerne kan yde, det der kræves og for at de synes, det er rimeligt og rigtigt at gøre det. Familien skal så vidt muligt være ’selvhjulpen’ og ikke ’ligge andre til last’. Man sætter en ære i at kunne ’svare enhver sit’... Under disse betingelser bliver gårdbruget til familiens ’livsværk’ og, hvis formidlingen har fungeret over nogle generationer, bliver det til en ’slægtsgård’. Begge dele giver *arbejdet* og livet mening for beboerne. Sammen med følelsen af ’selvstændighed’ og ’frihed’ tegner de det ideal, den rurale livsforms ideologi drejer sig om.” (Højrup, 1983, s. 67,69)

Fire ud af de seks selvstændige, jeg talte med, var født og opvokset i en familie, der var selvstændige erhvervsdrivende. Ursula blev gift ind i en familie med en lang og stolt selvstændighedstradition, mens det kun er frisørmesteren Kitty, der starter op for sig selv helt fra bunden. Hos sidstnævnte er det netop ’friheden’ og ’selvstændigheden’, der motiverer. Hun fortæller følgende om hendes valg:

”Hvis man føler sig uretfærdigt behandlet, og man prøver at gå til sin chef og at man ikke synes, at der bliver gjort noget ved det, jamen så er det jo lige før, at du eksploderer til sidst, og så må du gøre det et andet sted. Og så havde jeg en mand, der støttede mig. Som sagde... Du ved når man kommer hjem og man er træt af det hele og så siger han: ’Jamen så start for dig selv.’ Og så når man har sagt det en tre-fire gange og hver gang han har fundet et lokale siger: ’Nej, nej ikke endnu.’ Vel og så til sidst sagde jeg: ”Nu skal det dælendulme være.” (Kitty, s. 2)

Frustrationen over en dårlig chef, der skulle bestemme over én, og en mand, der støttede op om skridtet ud i en ny livsform, var det, der skulle til for Kitty. Usikkerheden for de selvstændige består altså ikke direkte (eller i hvert ikke primært) i arbejdsløshed, men i at miste friheden og selvstændigheden og at miste den centrale betydning arbejdet har for dem og deres families liv. (*”Det er meget frit [at være selvstændig]. Utroligt frit. Lige det at pudse vinduer er måske ikke så skægt, men du har det meget frit, du møder mange mennesker og efterhånden som vi kommer rundt i virksomheder så bliver vi sådan lidt inventar og så kan man bare gå ind og tage kaffe... Sommetider synes jeg også at det er træls det hele, men hvis der så er en der kommer med et bud så siger [jeg] nej. Så skal man til at møde et eller andet sted. Så nej det gider man ikke.”*, Stephen, s. 5,1) Hvad der er værd at risikere for at bibeholde friheden og selvstændigheden varierer. Men det lader til, at helbreddet i hvert fald er én af de ting, som man som selvstændig erhvervsdrivende nogle gange sætter på spil (se også beskrivelserne af dette hos Højrup, 1983, s. 80-1).

XI. Risiko, sygefravær og selvstændighedskulturen

Betegnelsen ’entrepreneurial stress’ bruges nogle gange til at beskrive, den særlige form for ’belastning’ selvstændige erhvervsdrivende kan være udsat for i forbindelse med deres arbejde (se f.eks. Buttner, 1992; Rauch, Unger & Rosenbusch, 2007). Tanken her er, at det, der normalt betegnes som stressorer og bidrager til udviklingen af stress, i visse situationer (også) kan have en *positiv* virkning, sådan, at disse ’stressorer’ fører til bedre ’performance’ og udviklingen af ’personligt initiativ’ i stedet for arbejdsstress (se f.eks. Fay & Sonnentag, 2002 for et studie, der demonstrer en sådan association). I forhold til den ovenstående situation, hvor RSX opsiges deres aftale, kan man forestille sig, at situationen er at betragte som ’en stressor’, der potentielt kunne føre til arbejdsstress. Men i stedet for denne negative følge får den Ursula til at udvise ’personligt initiativ’ ved at forholde sig proaktivt til de nye vilkår og forsøge at vende det til noget positivt. Det er klart, at et sådant syn på ’personligt initiativ’, er ekstremt

psykologiserende og individualistisk. Det betyder, at det helt undlader at tage stilling til de situationer, hvor personer gerne *vil* udvise initiativ, men ikke *kan* eller *må* på grund af den måde organisationen, de arbejder for, fungerer på. Ligeledes forudsætter man også helt uden blusel, at individers mål og aspirationer, altid er helt på linje med de mål, som en organisation stræber efter. Her indtager netop selvstændige en særposition, da de i det store og hele kan bestemme suverænt over deres virksomhed, og på den måde har langt større indflydelse end almindelige lønmodtagere, selvom de stadig er begrænset af markedet. For Ursula giver det sig udtryk i diskrepansen mellem hendes egne planer og forventninger, hendes eget proaktive forsøg på at forvandle virksomheden som følge af RSX's farvel, og de muligheder hun reelt har for at realisere disse planer, qua den frihed banken vil tillade hende i forhold til investeringerne. Om 'personligt initiativ' er godt eller dårligt for helbredet i et længere perspektiv f.eks. ved blot at reducere stressniveauet på den korte bane, men i stedet forøge det på længere sigt pga. manglende restitution, er der pt. ingen viden om (Fay & Sonnentag, 2002). Men visse studier har vist, at oplevelsen af 'strain' er et positivt signal for selvstændige, der er med til at prædiktere 'overlevelse' af ens virksomhed i et længere perspektiv.

"Our results have practical implications for business owners. A reduction of stress of small-scale entrepreneurs might be a double-edged sword. While stress reduction might lead to better health and satisfaction, the discrepancies between the current state and the desired goals might not be reduced at the same time. Acting and solving these discrepancies is essential for business owners. Thus, while reducing stress reactions, owner needs to proactively strive for desired goals." (Rauch, Unger & Rosenbusch, 2007, s. 5)

Det tyske studie af små selvstændige peger altså på en mulig modsætning mellem hensynet til virksomhedens overlevelse og hensynet til ejerens eget helbred. Det, der er særligt interessant i denne sammenhæng, er, at den usikkerhed, der eksisterer for de selvstændige på mange punkter er mere omfattende. De selvstændige er nemlig 'eksponeret' for markedets vilkår på en langt mere direkte måde, end lønmodtagerne. Sidstnævnte nyder godt af fagbevægelsens århundrede lange kamp for bedre arbejdsvilkår, herunder løn under sygdom, ligesom arbejdsløshedsforsikringen værner mod markedets værste sider.

Den mere direkte eksponering for markedet har også betydning, for den måde sygefraværet praktiseres på hos de selvstændige. Det varierer selvfølgelig også, f.eks. på tværs af forskellige brancher (og dermed den konkurrenceudsættelse hver enkelt selvstændig er ude for) eller mellem selvstændige med og uden ansatte. At arbejdet og prioriteringen af det også har sat sig sine spor hos Ursula, får man en vis fornemmelse af i interviewet, da emnet drejes ind på, hvad man skal fejle, før hun mener, det er nødvendigt med en sygemelding:

"Ursula: Man skal nærmest have feber eller what ever. Jeg kan ikke forholde mig til det, for jeg er jo ikke syg. Jeg har meget svært ved at forholde mig til sygdom. Men jeg ville sikkert bliver fuldstændig hysterisk, hvis jeg blev syg. Det eneste jeg har haft er noget eksem, jeg får under fødderne, og det behøver man jo ikke blive hjemme for, fordi man har eksem under fødderne. Interviewer: Nej, så det er noget, der skal have indflydelse på den arbejdsopgave, man skal lave, for at du synes, det er...? Ursula: Altså ved du hvad? Da jeg blev skilt i 2001, da tabte jeg mig 14 kilo, og jeg gik på arbejde hver eneste dag. Jeg spiste bare ikke, men jeg var her. Jeg er et meget stærkt menneske. Selv om jeg både ryger og drikker og drikker kaffe og gør ved. Men jeg er også et meget aktivt menneske. Så derfor er jeg ikke syg." (Ursula, s. 20)

Ursula giver udtryk for, at hun aldrig er syg, men sår dog selv tvivl om det udsagn, da hun samtidig nævner et vægttab på 14 kg i forbindelse med skilsmissen fra hendes mand. I denne sammenhæng bliver det ikke fremhævet som en positiv bedrift. Og hun var på ingen måder overvægtig, da jeg interviewede hende, hvilket gør det vanskeligt at forstå udtalelsen som et udtryk for, at hun er blevet

sundere. I stedet konstaterer hun nøgternt, at hun ikke spiste i perioden, men at hun 'var her', 'gik på arbejde hver eneste dag'. Om man helt konkret skal forstå det sådan, at hun gik på arbejde, selvom hun egentlig følte sig dårlig og havde det skidt, men måske ikke var decideret syg fra feber eller lignende kan man jo kun gisne om. Men det er nærliggende at forstå det sådan. En anden selvstændig erhvervsdrivende jeg talte med, frisørmesteren Kitty fra Skælsbakke, var mere klar i mælet omkring lige netop denne måde at forholde sig til 'sygdom' på:

"Kitty: Mig? Jamen, jeg har jo ikke været syg, siden jeg gik i folkeskolen. Jo, men ikke fravær. Nej, det passer ikke. Jeg fik faktisk.. for seksten et halvt år siden, der var jeg syg én dag, og så blev jeg opereret. Der mistede jeg så et barn. Så der.. Ja. Der var jeg lige syg i en uges tid. Interviewer: Men, det vil sige: du er slet ikke syg, eller hvad? Kitty: Nej. Og hvis jeg er syg, så er det altid i weekenderne, fordi så kæmper jeg mig hen, og når så kroppen slapper af, så bliver man syg. Men ikke, når man er oppe i tempo, så bliver man ikke syg." (Kitty, s. 11)

Kitty har ikke været syg siden folkeskolen, siger hun først, men korrigerer med det samme sig selv og slår fast, at hun måske nok har været syg, men at hun i hvert fald ikke har været fraværende på grund af sygdom. Hvis hun er sløj og syg, så er det noget, der sker i weekenderne, hvor kroppen får mulighed for at slappe af: 'når man er oppe i tempo, så bliver man ikke syg'. Hos flere af de andre selvstændige går den forestilling igen, at hvis man føler sig lidt sløj om morgenen, så handler blot om at komme i gang, fordi man som regel, når til en situation, hvor man på trods af ubehaget alligevel kan klare sine arbejdsopgaver.

At det er sådan en indstilling, der i mange situationer 'skal til', når man er selvstændig, er også givet af det særlige pres, positionen indebærer. Andreas fortæller om sin far og hans måde at håndtere sløjhed på i forhold til de opgaver på gården, der skulle varetages:

"[Min far] har ikke været så syg, at han ikke lige kunne gøre de ting, der skulle gøres. Den gang jeg var mindre, der var det køer, og de skulle malkes to gange om dagen, og de skulle have foder. Men [han] har sgu aldrig været så syg, at han ikke gik ud og gjorde det. Han har jo så stået ude og oppet sig og fandeme, det var sgu ynkeligt at se på, men han fik det jo gjort. Og det kunne være, at det tog dobbelt så lang tid, men han fik gjort, de ting han skulle. Men altså, det var et par gange, hvor han... skrantede lidt. Og det er nok det, der fortæller mig, at man bare skal komme i gang om morgenen. Selvom du ikke er helt på dupperne, så kan du godt køre på 80% eller 70% sådan en dag. Så det er det at komme i gang." (Andreas, s. 16)

Andreas' anekdote om sin far bærer tydeligt præg af den forskel mellem 'opgave-orientering' og 'tids-orientering' som Thompson (1967) beskriver i hans historiske artikel om udviklingen af den engelske arbejderklasse. For selvstændige er alt arbejdet bundet op på opgaver, som må udføres og færdiggøres før arbejdet kan betragtes som fuldendt. I den forstand er det ligegyldigt, hvordan manglen på 'arbejdskraft' til at udføre opgaverne opstår: om det skyldes manglende mulighed for at rekruttere nye medarbejdere, sygdom hos de allerede ansatte, eller om det er arbejdsevnen hos den selvstændige selv, som er påvirket af sygdom. For landmanden er det nødvendigt at malke køerne og give dem foder dagligt, også selvom man er syg. Der er ingen andre, der tager disse arbejdsopgaver, og i sidste ende kan undladelse af det betyde mistrivsel og i værste fald døden for dyrene. For Kitty er der måske umiddelbart knap så meget på spil, men utilfredse kunder, der ikke får håret ordnet den dag, de har bryllup eller konfirmation, er i længden heller ikke noget, hun kan leve med som selvstændig. Den samme bekymring har den praktiserende læge, Niller:

"Når man sådan bliver presset i konfirmationstiden. Så tager man måske lige en time her, og en time der. Man kan jo ikke bare lige sige: 'Nu tager jeg fri i eftermiddag'. Og så hende der, der har sølvbryllup. Det er: 'Ærgerligt, ærgerligt. Nu er Kitty gået!' Sådan er det jo ikke. Og det er der også forståelse fra hos min familie,

fordi det er noget, vi har bygget op sammen. Min mand er jo også med i det her... men man skal bare ikke køre sig selv så træt, at man taber det derhjemme.”, Kitty, s. 21-2).

”Det var lidt med, at jeg havde det skidt med at blive væk. Forretningen går i stå, dårlig kundepleje...det er da, fordi jeg føler for min forretning. Og for kundekredsen eller patientkredsen...” (Niller, s. 23)

At blive væk, når ’kunderne’ forventer at blive betjent, er dårligt for forretningen, og det skaber et dårligt omdømme, som hverken Kitty eller Niller vil have siddende på sig.

Det er i første omgang familielivet og omsorgen for hendes to døtre, der sætter grænser for, hvad Kitty kan give til virksomheden og tilværelsen som selvstændig. Og det er netop også familiens ve og vel, der for hende sætter de største grænser for, de risici hun vil tage i forbindelse med sin forretning. På spørgsmålet om, hvor vigtigt hendes arbejde er i forhold til andre dele af hendes liv, svarer hun:

”Jeg kan da sige det højt og tydeligt, at hvis jeg har en liste, så står mine børn som nummer et, så står min mand som nummer to, og så står mit arbejde som nummer tre. Jeg vil ikke ud i en lejlighed herude i blokken. Altså, jeg vil ikke betale min familie for min forretning. Altså skal der ryge noget, så skal det være forretningen.” (Kitty, s. 8)

I denne kontekst er det de *økonomiske* risici, Kitty tænker på, i forhold til prioriteringen mellem arbejde og familieliv. Men i passagerne ovenfor (f.eks. de af Andreas) er det de *tidsmæssige*, der er i centrum – om den indsats, man lægger i form af tid og energi, står mål med det, man får tilbage fra arbejdet. Til gengæld er der ikke fokus på de *helbredsmæssige* risici, de selvstændige tager i forbindelse med det pres, der opstår af forskellige grunde.

Og det burde der måske være. For hvis man studerer udvalgte grupper af selvstændiges dødelighed, finder man nogle interessante tal. Det kan man gøre i publikationen *Dødelighed og erhverv* som Danmarks Statistik udgiver med jævne mellemrum. Den seneste opgørelse fra 2005 præsenterer udviklingen i dødelighed både for overordnede socioøkonomiske grupper (inddelt på baggrund af deres erhverv), ligesom den viser detaljerede oplysninger for enkelte erhverv (Andersen, Laursen & Petersen, 2005). Overordnet set har mandlige selvstændige en dødelighed, der er lavere end gennemsnittet for alle erhvervsaktive (92 hvis indeks for alle er sat til 100), mens kvindelige selvstændige har en lidt højere dødelighed end gennemsnittet for kvinder (105). Det er selvfølgelig ganske vanskeligt at vurdere, hvad den direkte betydning af det at være selvstændig har for helbreddet (symboliseret ved dødeligheden). Der er dog i materialet fra Danmarks Statistik et par muligheder, som muliggør en omtrentlig sammenligning, der er ganske interessant i denne sammenhæng. Hvis man sammenligner dødeligheden for selvstændige revisorer, og revisorer, der arbejder som lønmodtagere, finder vi en ret markant forskel i dødeligheden. For de *selvstændige* er dødeligheden 125, mens den blot er 67 for *ansatte* revisorer (Andersen, Laursen & Petersen, 2005, s. 30-1). For kvinder finder man en lignende forskel mellem selvstændige frisørmestre og ansatte frisører, selvom den er knap så markant. For førstnævnte gruppe var dødeligheden i perioden 1996-2000 tæt på gennemsnittet for kvinder, nemlig 94, mens det blot var 75 for ansatte kvindelige frisører (Andersen, Laursen & Petersen, 2005, s. 62,64). Måske ’betaler’ de selvstændige for deres ekstra frihed og selvstændighed med et lidt kortere liv?

Tabel 6.5 nedenfor viser med al tydelighed, at de selvstændige på mange områder har et ringere helbred end det som medlemmerne af serviceklasse 1, der svarer til ansatte ledere og professionelle, har. Blandt serviceklasse 1 er der 35% som har et dårligt selv vurderet helbred, mens den andel er 53% blandt selvstændige erhvervsdrivende uden ansatte. Det svarer til den andel af de ufaglærte, som har dårligt helbred. Et lignende mønster går igen for næsten alle helbredsvariable med nogle få undtagelser: f.eks. er selvstændige landmænd den gruppe, hvor færrest har længerevarende sygdom, mens det igen er

højest for gruppen af selvstændige uden ansatte. Det er selvfølgelig vigtigt i denne sammenhæng at huske på, at disse andele kan være påvirket af den måde stikprøven er udtrukket på, hvor alle erhvervsaktive med mere end 10 ugers sygdom er ekskluderet. Hvis selvstændige erhvervsdrivende har nemmere ved at fastholde deres position på arbejdsmarkedet på trods af sygdom vil det betyde, at en større andel af dem vil have symptomer og sygdomme end det er tilfældet for f.eks. de faglærte og ufaglærte arbejdere.

Tabel 6.5 Omfang af helbredsproblemer blandt selvstændige sammenlignet med udvalgte sociale klasser.

Sociale klasser	% med dårligt helbred	% med slidgigt	% med længere varende sygdom	Vitalitet SF-36 (0-100)	Mentalt helbred SF-36 (0-100)	Bevæge apparat-smerter (0-7)	Somatisering (5-25)
Serviceklasse I	35,2	5,3	46,9	65,98	72,24	3,37	7,21
Selvstændig m. ansatte IVa	45,4	7,3	50,8	65,04	72,07	3,66	7,86
Selvstændig u. ansatte IVb	53,0	10,8	55,3	62,54	70,39	4,15	8,84
Selvstændige landmænd IVc	42,1	12,3	36,8	67,18	72,20	3,84	7,48
Faglærte arbejdere VI	49,4	6,9	31,7	63,50	72,60	3,97	8,11
Ufaglærte arbejdere VIIa	53,4	8,6	41,9	62,80	71,59	4,14	8,51

Pointen med disse eksempler er at vise, at de selvstændige i mange henseender tager risici, som både økonomisk, tids- og ikke mindst *helbredsmæssigt* kan være ufordelagtige i forhold til en tilværelse som lønmodtager. Hvis det er rigtigt, at det at gå syg på arbejde på længere sigt svækker helbreddet, fordi man ikke får restitueret sig nok (for studier der peger i den retning se Kivimäki, Head, Ferrie, Hemingway, Shipley, Vahtera, & Marmot, 2005; Bergström, Bodin, Hagberg, Lindh, Aronsson & Josephson, 2009), så er selvstændige her stillet ringere, fordi de – når man tager højde for en lang række helbreds- og arbejdsmiljøforhold – er mere tilbøjelige til at gå syge på arbejde end de fleste grupper af lønmodtagere (Hansen & Andersen, 2008). Om det er denne måde at handle på, der i sig selv bidrager til den højere dødelighed, er det ikke muligt at komme nærmere, men det er i alle tilfælde én mulig forklaring.

XII. Sektor

Der er dog også mange positioner i arbejdslivsrummet, som er relativt sikre og dermed ikke føler presset fra markedet direkte. Det gælder f.eks.: a) de personer, der befinder sig i erhverv, hvor manglen på arbejdskraft er mest udtalt og hvor arbejdsvilkårene måske ikke er så konkurrencedygtige (*"Og så irriterer det mig grænseløst, at vi har sådan en højkonjunktur lige for tiden, fordi folk søger jo bare væk og får et andet arbejde. De kan få arbejde alle steder."*, Jeff, s. 9), b) de erhverv, som kræver en høj grad af ekspertviden (*"Der er utrolig konkurrence på [arbejdskraft] og det er meget pga. udviklingen af gratisanviser, fordi de store trykkerier søger arbejdskraft. De er typisk meget højere lønnede i det arbejde end på arktrykkerier, som vores. Man laver større enheder, det betyder så også, at man arbejder i treholdsskift på de store trykkerier. Det fordrer også [mange medarbejdere] og det opsuger markedet. Derudover er der ikke blevet uddannet ordentligt i de sidste femten år. Det er noget jeg har råbt og skreget om i arbejdsgiverkredse: »Vi skal have nogle unge mennesker ind. Vi skal have oplært nogle, for vi står i en situation, hvor vi ikke kan finde nogen.« Og det er præcis den situation vi står i, i dag."*, Ursula, s. 9), og c) de erhverv, hvor konkurrencen på markedet er meget svag (*"Jeg kan ikke huske, hvornår vi har været ude i*

konkurrence om noget. Sådan er Vestjylland nok lidt... [her] render man ingen steder. Og vi har alle sammen forrygende meget at lave, så er det er helt vildt. Der er ingen, der har tid til noget. Du kan se alle de sedler. Det er: 'Uha. Det bliver ikke i den her uge da. Det når vi ikke.'", Stephen, s. 5) og slutteligt d) den offentlige sektor, hvor der (i de fleste tilfælde) slet ikke er nogen konkurrence, og hvor man samtidig har en anden tilgang til personalet, fordi der er tale om non-profit organisationer: ("Men det var jo på det private, fordi der er de altså noget mere hårde end de er ved kommunen. Fordi altså livlinen, den er jo lang inde ved kommunen. Det kan næsten ikke lade sig gøre at blive fyret inde ved kommunen, hvis du passer dit arbejde, så kan du praktisk talt ikke blive fyret. Ikke så lang tid de har arbejde. Det kan jo blive udliciteret eller privatiseret.", Preben, s. 31)

Jobs i den offentlige sektor er altså for nogle af de interviewede særligt eftertragtede, fordi de indebærer en tryghed i ansættelsen, som man ikke kan være sikker på at finde i det private. ("Jeg har prøvet lidt af hvert, men jeg har altid sagt, at når jeg kommer op i årene, så skal jeg bare ind til kommunen. Så skal jeg prøve at hygge mig med det. Indtil jeg får efterløn eller pension.", Preben, s. 2). Helt grundlæggende hænger det sammen med det faktum, at arbejdssteder i den offentlige sektor ikke konkurrerer på samme måde på markedet, som private virksomheder gør. I visse tilfælde er opgaverne sendt i licitation. Men i langt de fleste tilfælde er de det ikke. Eller også er der ikke nogen private virksomheder, som ønsker at træde ind i konkurrencen, hvilket særligt er tilfældet på sundheds- og omsorgsområdet, hvor mindre end 14% af opgaverne konkurrenceudsættes (se Konkurrencestyrelsen, 2009, s. 67-84). Preben fortæller, hvilken betydning, det har, for den måde sygefravær bliver betragtet på, og Annisette supplerer med hendes syn på forholdene i den offentlige sektor:

"Vi har haft én som har været fraværende på grund af luft med lungerne og sådan noget. Hvis han ikke kommer en dag, så mister firmaet ikke noget, fordi han går hjemme. Fordi den arbejdsplads jeg er på, du ved, den er fri. Der er ikke nogen, der går med pisker, som jeg siger. De står ikke lige pt at skulle have hundrede emner ud af døren [til] på mandag. Så det pres det har vi ikke nede hos os... Det er mere med pisker [i det private]. Hvis jeg var på et gartneri, så ville der være 80.000 [planter der skulle] ud af døren... fabrik, fabrik, fabrik." (Preben, s. 23, 12)

"Jamen, der er alle, de der funktionærregler og alle sådan nogle ting, hvor man ikke bare fyrer folk. Vores afdeling er måske ikke lige den værste, men nu har der så lige været de der sygesamtaler. Men ellers så tror jeg tit, at i en privat virksomhed er der kontant afregning. Hvorimod i det offentlige har man måske lidt mere tolerance på en eller anden måde. Der er det ikke kroner/ører altid, det drejer sig om i første omgang... Ikke bare [i forhold til] pjæk, men også hvis du har de der små sygdomsperioder. Dem tror jeg, at der sker [noget ved] lidt hurtigere i det private end i det offentlige." (Annisette, s. 21)

Konsekvenserne af medarbejdernes fravær er mere direkte i det private, og det nødvendiggør ifølge Preben en mere hårdhændet kurs overfor det. Og det er ikke kun de længere episoder af sygefravær, der bliver set med strenge øjne på. Det er også de 'små sygdomsepisoder', som der er mindre 'tolerance' overfor i den private sektor. Sygefraværet bliver – som det også blev beskrevet ovenfor – et konkurrenceparameter både for virksomhederne og for medarbejderne, som må se sig selv sorteret på den baggrund.

Og det betyder alt andet lige også, at medarbejderne i den offentlige sektor har det nemmere, fordi de er mindre ramte af denne 'markedsorienterede' måde at forholde sig til deres sygdom og sygefraværsspraksis på. Af tabel 6.6 nedenfor kan man med al tydelighed se, at sygefraværet praktiseres forskelligt i de forskellige sektorer, særligt når man sammenligner den private sektor med den kommunale og amtskommunale sektor. Der er en højere andel af de privatansatte, der ikke har noget sygefravær, også selvom man tager højde for deres køn, alder, social klasse og helbred. Med andre ord vælger de privat ansatte i mindre grad at blive fraværende end deres offentligt ansatte medborgere, selv

når de har den samme mængde symptomer og tilhører samme sociale klasse (og dermed har nogenlunde sammenlignelige arbejdsforhold). Når de vælger at gå syge på arbejde, sker det også oftere på baggrund af overvejelser, som hænger sammen med graden af markedets indflydelse på deres ansættelsessituation: hver tolvte af de kommunalt ansatte er gået syg på arbejde af 'frygt for at blive fyret', mens det er hver syvende privatansatte. Og der er mere end 3 gange så mange privatansatte, der vælger at trodse symptomerne og gå på arbejde af økonomiske hensyn, end det er tilfældet for de kommunalt ansatte. Det er dog værd at bemærke, at det generelle niveau af denne type af begrundelser for sygenærvær er ganske lav, hvilket formentlig skal ses som et udtryk for, at der i Danmark generelt set er et højt niveau af 'decommodification'.

Tabel 6.6 Effekten af decommodification på tværs af sektorer. Forventede sandsynligheder.
Logistisk regression.

Sektor	% med mindst én sygemelding ¹	% gået syg på arbejde af 'frygt for at blive fyret' ¹	% gået syg på arbejde pga. 'økonomiske hensyn' ¹
Privat sektor	67,9	13,1	9,9
Kommuner og amter	78,4	8,0	2,9
Staten	74,7	10,7	4,4
¹ justeret for køn, alder, social klasse og helbred			

Esping-Andersen taler om, at velfærdsstaten har virket på en sådan måde, at den har 'decommodificeret' (på dansk: af-vareliggjort) individerne. Sagt med andre ord har den gjort deres livschancer delvist uafhængige af markedskræfterne (Esping-Andersen, 1990). Oversat til denne setting kan man konstatere, at vi siden 1970'erne har oplevet en decommodification af individers sygdom særligt blandt ansatte i den private sektor. Med nedlæggelsen af den private sygeforsikring og indførelsen af sygedagpenge fra første sygedag blev risikoen ved at være syg socialiseret, hvilket på mange måder satte lønmodtagerne fri fra den armød, der tidligere kunne opstå som følge af særligt langtidssygdom (se kapitel 2, afsnit 1). I den forbindelse er det også interessant at huske på, at ansatte i den offentlige sektor i meget længere tid havde nydt godt af den beskyttelse, der ligger i at modtage sygedagpenge eller ligefrem løn under sygdom. Det var tilfældet for fx tjenestemandsansatte i såvel stat, hvor ikke kun embedsmænd, men også postbudene var sikrede, som i kommunerne, hvor skolelæreren havde disse rettigheder. Der er altså en lang historisk tradition for, at den offentlige sektor er forskånet de helbredsmæssige konsekvenser af konkurrencen på markedet, hvilket netop finder sit udtryk i tabellen ovenfor. Det skyldes ikke mindst, at der stadig er grupper på det private arbejdsmarked, som ikke er omfattet af overenskomster, der sikrer fuld løn under sygdom. Ligeledes slår den økonomiske nødvendighed ikke så hårdt igennem i den offentlige sektor, når det kommer til konsekvenserne af fraværet for organisationen.

Men der er dog også mange ting, der peger i retning af en større homogenisering i disse forhold mellem de forskellige sektorer på arbejdsmarkedet. I takt med Danmarks deltagelse i de Europæiske Fællesskaber og i særdeleshed det indre marked er der kommet en lang række krav til, hvornår offentlige opgaver skal sendes i licitation. Det er f.eks. det, Preben nævner som en 'trussel' mod den sikkerhed og 'hygge', han ellers oplever som offentligt ansat. Breen (1997) argumenterer for, at der er

sket en 'recommodificering' af individerne, fordi virksomhederne særligt på grund af globaliseringen (hvoraf indtrædelsen i det indre marked kan ses som ét element) har haft mulighed for at skubbe risici forbundet med ansættelsesforholdet tilbage på individerne efter en periode, hvor såvel velfærdsstaten som virksomhederne selv har fungeret som 'hegn' mod visse af disse risici. (*"Baggrunden er simpelthen, at en medarbejder i Danmark koster mere end 180 kroner i timen, når barns sygedage, pension, sygedage og weekendbetaling er talt med. I Baltikum koster en tilsvarende medarbejder 19 kroner, når alt er taget med. 'Vi har nogle medarbejdere med lang anciennitet og et sygefravær, som andre virksomheder kan misunde os. Medarbejderne har ikke kunnet gøre en disse, uanset hvor meget de har ofret. Det er globaliseringen', siger direktør Kurt Christiansen fra Micro Matic til Fyens Stiftstidende."*, Berlinske Tidende, 1. september 2004, 3. sektion, s. 13) Det kan altså godt ske, at sygefraværet og individers sygdom i Danmark er blevet 'decommodificeret'. Men når globaliseringen fører til en øget konkurrence på medarbejdernes løn, og de udgifter virksomhederne har i forbindelse med deres ansættelse, bliver denne udvikling i virkeligheden til en hæmsko for de ansattes fortsatte mulighed for at være beskæftiget. I disse tilfælde kan man måske tale om, at sygefraværet og medarbejdernes sygdom 'recommodificeres'. De risikerer i hvert fald at skulle konkurrere på vilkår, der er helt usammenlignelige med dem, der f.eks. findes i Baltikum eller i fjernøsten. Sygefraværet bliver igen en konkurrenceparameter – og menneskers 'skæbne' qua deres helbred bliver igen overladt til markedet.

En anden måde de 'indfødte' danskeres helbred kommer under pres er gennem brugen af udenlandsk arbejdskraft. Siden mange Østeuropæiske landes indtræden i EU har denne mulighed været langt nemmere at gøre brug af for danske virksomheder. Et godt eksempel på dette finder vi hos Andreas, der har adskillige polakker ansat på sine grisefarme.

"Altså nu har vi jo nogle udenlandske medarbejdere, og de har en helt anden [indstilling til] det der med at komme på arbejde. Fordi de ved, [der] hvor de kommer [fra], at hvis de ikke kommer på arbejde, så får de ingen løn. Det gør de jo her. Men de har en helt anden mentalitet omkring det... Hvis de ikke passer deres arbejde, hvis de har meget sygefravær, så kommer de ud, og der kommer en anden ind. Deres mentalitet er helt anderledes og det er helt klart med til, at vores sygefravær er faldet, siden vi har fået udenlandske medarbejdere." (Andreas, s. 17)

Andreas' udenlandske medarbejdere er altså vant til markedets disciplinerende effekt, og at man kun får løn, hvis man rent faktisk møder frem og tager sine arbejdsopgaver. Og selvom det altså ikke er tilfældet i Danmark, så har de tilsyneladende ikke vænnet sig til de privilegier, danske arbejdere majsommeligt har kæmpet sig til gennem et halvt århundrede. Selv om beslutningen om at tage udenlandske medarbejdere ind ikke umiddelbart har noget meget sygefravær at gøre, så bliver konsekvensen af de udenlandske medarbejders indtog formentlig, at de danske ditto skal vænne sig til, at deres helbred og deres måde at praktisere sygefravær på bliver et vilkår, der igen skal konkurreres på. Når arbejdsgiverne i dårligere tider har flere valgmuligheder i forhold til at ansætte medarbejdere vil de måske oftere vælge de østeuropæiske arbejdere blandt andet pga. deres anderledes måde at praktisere sygefravær på (for en understøttelse af den udlægning se Birkemose, 2008).¹⁰

XIII. Arbejdets 'genstand' og sygenærvær

Afhængigt af position i arbejdslivsrummet (f.eks. den sektor man arbejder i jf den femte dimension i rummet kapitel 5) kan man altså have en helt anden kontekst (end den som f.eks. Annisette beskriver) at praktisere sygefraværet indenfor. I hvert fald er det ikke særligt ofte den direkte frygt for, at

sygefraværet betyder fyringer eller konkurs, der lægger lige for døren her. Men betyder det så, at det skulle være fuldkommen problemfrit at være syg og praktisere sygefravær i den offentlige sektor? Det indtryk kunne man få, hvis man hører nogle af de betragtninger særligt de selvstændige erhvervsdrivende gør sig om sygefraværspraksisserne i den offentlige sektor. For her er det primært manglende økonomiske incitament, der bruges til at forklare det højere sygefravær:

”Og derfor, hvis de ingen løn fik, [når de var syge], så var der også mindre sygefravær i det offentlige.” (Andreas, s. 17)

”Hvis deres mand har en stor svinefarm, så er det hende [folkeskolelæreren], der er syg hele tiden på grund af deres børn. Så kan man godt sige: ’De grise ude i stalden, er de mere værd end mine børn?’ Hvis man er offentligt ansat, så tager man sygefraværet, og ens samlever eller ægtefælle tager så på arbejde, fordi der får man ikke fuld løn.” (Kitty, 25)

”Og det er synd for ham, der er syg... Men gjorde det noget, at ham, der er syg, at han lige trådte et lille skridt ned ... det er ikke sådan, at han ikke kan få sin rugbrød eller betale hans husleje... Det synes jeg godt, det måtte. Fordi [ellers] er der nogen, der vil sige...af dem, der måske er over i det offentlige ... ’Gør det ikke lidt ondt over i den ene side? Jeg tror nok, det gør lidt ondt. Jeg tror altså jeg bliver hjemme i dag.’ ... Det koster jo heller ikke noget.” (Pete, s. 30-1)

Andreas, Kitty og Pete er altså enige om, at økonomiske incitament har en indvirkning på sygefraværet. Og det er formentlig én af grundene til, at sygefraværet er højere blandt de offentligt ansatte. Især Pete er en varm fortæller for denne måde at regulere sygefraværspraksisserne på, mens de øvrige selvstændige ser mange begrænsninger i den snævre fokusering på økonomi.

Men hvilke andre udfordringer gør sig gældende for de uundværlige medarbejdere, i virksomheder, hvor der er besluttet mangel på arbejdskraft eller blot i virksomheder, hvor der ingen umiddelbare økonomiske incitament er for at holde igen med sygefraværet, som det f.eks. er tilfældet i store dele af den offentlige sektor? Er der i disse tilfælde slet ingen begrænsninger på, hvordan sygefraværet kan praktiseres fordi det økonomiske pres er væk? Kan man ikke forestille sig andre betingelser, der er lige så virkningsfulde, og som der må tages højde for, når man må praktisere sygefraværet reflektivt?

Hjemmehjælperen Olivia er ét af de bedste eksempler på de situationer, der opstår, når der er mangel på arbejdskraft, og man som lønmodtager i hvert fald ikke frygter at blive arbejdsløs. Hun er selvfølgelig i den særlige situation, at hun samtidig har fået ansvaret for at lægge vagtplanen i det selvstyrende team, hun er medlem af. Det vil sige, at hun i princippet ikke er hævet over de andre og har ledelsesansvar over dem. Men hun får via sine særlige arbejdsopgaver alligevel en anden indsigt i konsekvenserne af sygefravær i en situation med manglende arbejdskraft, end hendes ’almindelige’ kollegaer gør. Hun beskriver selv spontant det værste arbejdsmiljøforhold som følger:

”Hver dag, når jeg er på arbejde, så møder jeg ind og sidder og tager imod eventuelle sygemeldinger. Der kan adrenalinnet godt komme op og køre, hvis du får en sygemelding og du har givet nogen fri, for du skal jo også tænke lidt økonomi: ’Hvem skal jeg kalde ind?’... Men hvad er det værste [arbejdsmiljøproblem]? Det værste er sgu, hvis du får tre sygemeldinger, og ikke ved hvor du skal hente dem ind henne. Det kan godt være stressende. Og hvis det så er mandag, hvor jeg ved, at jeg har planlægning i to timer. Så ved jeg jo godt, at det er mig, der skal ud at lave det arbejde. Så er jeg nødt til at give mig selv det...og forlænge min dag... Jeg kan gå ind og hugge en hæl ... Hvis det er Fru Pedersen, der skal have en time, så kan jeg måske sige til Margit: ’Kan du nå det på tre kvarter? Kan vi springe badningen over og lægge den på i morgen?’ Det er det der med at koordinere, hvis det er mange. Jeg har prøvet en weekend, hvor jeg var inde, hvor jeg fik fire sygemeldinger en morgen. Der kan jeg godt sige dig. Det tager tid at få koordineret og få fat på folk. Men det gik da. Så kunne vi grine bagefter. [Men] det er nok det værste.” (Olivia s. 4, 8-9)

At få vagtplanen til at hænge sammen på trods af tre eller fire sygemeldinger kan således være ganske vanskeligt. Og da der er tale om pleje og omsorgsarbejde for ældre mennesker, som er dybt afhængige af de opgaver, den enkelte hjemmehjælper udfører, er der i langt de fleste tilfælde ikke tale om arbejdsopgaver, der kan udskydes til et senere tidspunkt eller blot falde helt bort. Man kan ikke bare lade Fru Pedersen lægge i sengen en hel dag, selvom der pga. fire sygemeldinger mangler otte hænder. Nu siges der i uddraget ikke noget om mangel på arbejdskraft, men det er helt evident, at der i netop 2006 var en udbredt mangel på arbejdskraft blandt hjemmehjælpere svarende til, at mere end 1500 stillinger som hjemmehjælper landet over stod ubesat hen.ⁱ Når det er sådanne forhold, der gør sig gældende, bliver kollegaerne og medarbejdernes sygefravær ikke kun et *økonomisk* problem (fordi man skal betale sygeløn uden at 'få noget for pengene'), men også et kæmpe stort *logistisk* problem, fordi sygefraværet forøger manglen på arbejdskraft om ikke andet så i hvert fald midlertidigt.

Denne type af pres betyder ikke kun overarbejde og ekstra vagter for det raske personale (forhold der i sidste ende kan være med til at svække helbredet hos dem se f.eks. Kleppa, Sanne & Tell, 2008). Det betyder samtidig, at der bliver taget højde for disse mandskabsproblemer, når sygdommen rammer en selv. I mange tilfælde føler hjemmehjælperne, at det er nødvendigt at gå syge på arbejde, og det gør andre grupper af ansatte også, særligt i de tilfælde, hvor man risikerer, at det er kollegaerne, der skal tage over:

"Det [går sygt på arbejde, CDH] gør de gamle piger. Og det gjorde jeg så også selv, kan du se. Det må jeg nok sige, og det tror jeg, det har lidt med opdragelsen at [gøre]. Så går jeg op, og tager det jeg kan klare, og ellers så siger jeg bare, at jeg har det faktisk ikke så godt eller ringer ind og siger: 'Ved du hvad, jeg kan godt lige tage ud og tage Fru Henriksen her til morgen, men så vil jeg også gerne have lov at køre hjem, for jeg har det ikke lige så godt.' 'Fint!'. Det er lige det ansvar; de er en del af det. Vi kan godt se, hvordan vi kan få det til at hænge sammen, hvis jeg lige tager det og så kan køre hjem." (Olivia, s. 21)

"Bill: Det var nok én af de gange, hvor jeg burde være blevet hjemme. Men er man lidt underbemandet, og sådan noget der, ja der er man nok lidt for pligtopfyldende, og tænker lidt mere på arbejde end på sig selv. Det er der nok nogle tilfælde, hvor man gør. Interviewer: Hvad tænker du på når du siger, tænker på arbejdet? Er det så din chef, du tænker på? Bill: Nej, det er så mine kolleger, fordi arbejdet bliver jo bare lagt over på dem, når det er... ja ja både de kalder ind.. de er nødt til at kalde ekstra folk ind. Eller de skal til at lægge det over til nogen andre. På dem der har nok i forvejen, de skal sådan set have endnu mere, hvis man endelig skal køre. Det jeg kører nu, jamen der skal jo en ny mand kaldes ind. Og vi har heller ikke mange afløsere lige p.t., som kan køre de ture, fordi de er lidt specielle de ture, vi kører" (Bill, s. 16)

"[Sygesamtaler] synes jeg er helt fint. Det er ikke mere end ret og rimeligt, det er jo sådan set ens kollegaer, man straffer, hver gang man melder sig syg bare for ingenting. Altså, jeg kan forstå, at man melder sig syg, hvis man er rigtig [syg]. Men sådan noget pjat med hovedpine [eller] en snøftesue, jamen så kan man jo sagtens tage på arbejde. Det kan jo ikke undgås, at vi bliver smittet med et eller andet, fordi vi er jo i tæt kontakt med en masse mennesker... [Jeg melder mig sjældent syg] For det første, fordi jeg gider ikke ligge herhjemme. Det er kedeligt. Og for det andet, jamen så ved jeg udmærket godt, at det er en kollega, der bliver nødt til at komme ind og køre for mig. Det er også for at hjælpe kollegaerne...Det vil man ikke være bekendt sådan at ødelægge deres fridag. Så det er også mere for at være en god kollega." (Birthe, 17, 14-15)

Det er en kombination af omtanke i forhold til de borgere, der vil blive snydt for omsorg og pleje, hvis hjemmehjælperen vælger fraværet fremfor nærværet, og en lige så væsentlig bekymring og hensyntagen til de raske kollegaer, som må bære den ekstra byrde, der opstår i kølvandet på en sygemelding. I Olivias såvel som flere af hendes kollegaers tilfælde fører det til, at man trodser symptomerne og forsøger at hjælpe med opgaverne, så godt man kan, f.eks. ved at tage bare nogle af ens arbejdsopgaver. For Bill og Birthe betyder kunderne tilsyneladende ikke noget særligt, men de deler deres hensyntagen

kollegaerne med Olivia, for de er udmærket godt klar over, at det er kollegaerne, tjansen hænger på, hvis de vælger at melde sig syg; arbejdsopgaverne *skal* nemlig udføres alligevel.

Forholdene for hjemmehjælperne peger på, at det ikke er ligegyldigt, hvad det er for en genstand, man arbejder med. I hvert fald ikke, når sygefraværet praktiseres reflektivt. For Annisette, der arbejder med døde dele fra en gris, indgår selve genstanden på en helt anden måde i refleksionen, end det er tilfældet for Olivia, hvor det er (levende) ældre medborgere, der alle er så svagelige, at de har brug for hjælp og omsorg for ikke at lide overlast. For sidstnævnte er det derfor langt vanskeligere at ignorere konsekvenserne af et evt. fravær for den 'genstand', man arbejder med, end det er for Annisette. Det er i hvert fald det indtryk man får, hvis man studerer tabel 6.7, hvor andelen med sygenærvær af 'hensyn til kollegaer', 'hensyn til kunder/klienter/patienter/etc.' og 'arbejdet hober sig op' i erhverv, der arbejder med forskellige 'genstande', er vist.

Tabel 6.7 Omfang af sygenærvær af tre forskellige grunde (kollegaer, kunder, travlhed) fordelt på erhverv, der arbejder med forskellige typer af 'arbejdsgenstande'.¹ %

Arbejdsgenstand/Erhverv	n	'Hensyn til kollegaer'	'Hensyn til kunder/klienter etc.'	'Arbejdet hober sig op'
Objekter: Industri	2813	51,6	30,9	36,8
Fabriksarbejder (på et slagteri)	160	41,9	10,6	16,2
Præcisionshåndværk (fx guldsmed)	54	61,1	42,6	42,6
Elektriker	135	56,3	50,4	38,5
Objekter: Service	1339	55,5	32,3	35,6
Lastbilchauffør	192	48,4	35,9	21,9
Sekretær	513	63,4	38,6	56,7
Mennesker: Omsorg	3686	64,1	57,1	28,4
Hjemmehjælper	189	73,5	63,5	20,1
Lærer	461	65,3	70,3	38,8
Læge	93	53,8	54,8	29,0
Mennesker: Service	2446	60,2	43,4	47,4
Frisør	47	61,7	74,5	31,9
Buschauffør	57	47,4	35,1	5,3
Bankrådgiver	227	58,1	56,8	56,4
Dyr/natur	145	47,7	33,3	45,0
Gartner	35	48,6	22,9	42,9
Landmand	30	30,0	20,0	40,0
Symboler	2795	48,9	48,6	53,7
EDB-programmør	203	57,1	55,2	52,7
Administrerende direktør	133	42,9	57,9	43,6
Selvstændige m. ansatte (EGP IVa)	505	37,8	62,4	49,3
Selvstændige u. ansatte (EGP IVb)	225	34,3	51,7	36,3

¹ De seks kategorier er dannet ved at rekode de oprindelige disco-koder til seks separate kategorier. Fx indgår erhverv betjening af maskiner under 'Objekter: Industri' og så fremdeles. Da der er for få vinduespolerere (n = 22), biologer (< 10) og grafiske designere (< 16) i materialet er disse erhverv ikke taget med i tabellen.

Selvom det næppe kan betegnes som overraskende, så er der alligevel nogle markante forskelle i den andel, der indenfor hvert erhverv har gået syg på arbejde af de tre grunde. For de medlemmer af arbejdsstyrken, der giver 'omsorg' til mennesker (her defineret ganske bredt, så det også inkluderer undervisning), er det i særdeleshed hensynet til deres kollegaer, som spiller en rolle. I gennemsnit er der

mere end 60% i denne gruppe, som er gået syg på arbejde formentlig af alle de grunde Olivia remser op ovenfor. For hjemmehjælperne – som sammen med pædagogerne er det erhverv, hvor denne praksis er mest udbredt – er det næsten 3 ud af 4, der har gjort sådan. Til gengæld er det ikke den begrundelse, de selvstændige bruger, til at forklare episoder af sygenærvær. Man skal næppe forstå det som manglende hensyn til kollegaerne, men snarere, at det for mange selvstændige ikke giver mening at tale om de ansatte som kollegaer, man tager hensyn til i den forstand, fordi det i sidste ende er ens egen virksomhed sygefraværet går udover. Og på samme måde er relationen til arbejdet af en anden karakter end hos almindelige løarbejdere, fordi det er ens egen virksomhed.

Det viser sig ved, at de selvstændige er mere tilbøjelige end de fleste til at have taget syg på arbejde pga. 'hensyn til kunder/klienter etc'. (*"Men hvis det var helt afhængigt, hvis det var noget rengøring der skulle gøres så var det bare at tage af sted, så går det ikke længere."*, Stephen, s. 17). Og det er tilsyneladende tilfældet uanset om det er rengøringen eller en elinstallation, man har lovet at være færdig med. For som selvstændig ligger der en stolthed i at kunne leve op til de løfter, man giver, og at få ros og anerkendelse for sit arbejde. At føre virksomheden videre, og at den 'overlever' økonomisk, er i sig selv et bevis på denne bedrift, og da man er helt afhængig af kunderne og markedet som sådan, er det derfor nødvendigt nogle gange at trodse sygdom for at kunne leve op til dem. (*"Hvis man har sin egen virksomhed, så har man nogle kunder, der ligger til grund for den virksomhed, og hvis man ikke sørger for at servicere de kunder, så har man altså ingen virksomhed. Så det kan jo være lige meget om jeg skal sidde og sætte elastikker på noget eller jeg skal bogføre noget fordi de[t vigtigste er] hele tiden..., at vi får leveret det produkt, vi har lovet til den tid, vi har lovet det."*, Ursula, s. 7) Spørgsmålene i tabel 6.7 blander nok for mange aspekter sammen, men hvis vi analyserer spørgsmålene på et lidt højere abstraktionsniveau, kan vi se, at det altså ikke kun er de selvstændige, der har denne særlige relation og forpligtelse til de mennesker, deres arbejde er rettet mod. Det gør sig også gældende for de erhverv, der yder omsorg til mennesker. Til gengæld er det kun i meget få tilfælde 'kunderne', der tages med i overvejelserne, når tarmrenserne og andre erhverv, hvor genstanden er et dødt objekt, der produceres til anonyme kunder på markedet, skal beslutte om de skal tage en sygedag eller trodse smerterne for ikke at 'stikke' for meget ud i virksomhedens sygefraværstatistikker.

Fabriksarbejderen, hjemmehjælperen og lastbilchaufføren frygter heller ikke en situation, hvor deres arbejdsopgaver lægger over og stabler sig op i store bunker, hvis de er nødsaget til at melde sig syge. Det kan i mange tilfælde simpelthen ikke lade sig gøre, fordi der er tale om arbejdsopgaver, som ikke kan udskydes. Mest markant er det selvfølgelig for buschaufføre, der helt bogstaveligt ikke kan køre dobbelt så mange ture om tirsdagen, hvis hun har været nødt til at melde sig syg om mandagen. Men i mange tilfælde gælder det altså også lastbilchaufføren og hjemmehjælperen, som vil være ude for, at de pakker eller det gods hun skal transportere – eller den ældre dame, der ligger og venter i sengen på at blive hjulpet op - ikke kan vente til sygdommen er forsvundet, hvorfor det istedet bliver chaufførens og hjemmehjælperens kollegaer eller chef, der må tage over. I alle disse eksempler får måden at praktisere sygefraværet på en særlig *social* dimension, der også må tages højde for, når de relative fordele og ulemper ved hhv. at tage fravær eller gå syg på arbejde vurderes.

Til gengæld er det ikke tilfældet for de mange højtuddannede, der primært arbejder med 'symboler', og ofte gør det alene (Reich, 1991, s. 177-84). Her er måske tale om projekter, hvor arbejdet på samme måde som i livsform 1 ikke længere kan tidsafgrænses, men kun opgaveafgrænses: Først når projektet er helt afsluttet (eller delelementer er fuldførte), kan man betragte arbejdet som værende færdiggjort. Af den grund betyder en dags sygefravær blot, at man må indhente den tabte tid på et senere tidspunkt. Ikke alene fordi det er ens ansvar at fuldføre arbejdsopgaven, uanset om man har været syg eller ej, men

i mange tilfælde også fordi man er den eneste eller én blandt kun en lille gruppe, som overhovedet er i stand til at gennemføre opgaven. (*"Vi har jo travlt. For at få tingene til at hænge sammen og nå de ting man skal. Hvis jeg lagde mig syg i to dage, så skubbede jeg jo bare gulvtæppet, bølgen den blev bare tættere ved væggen, fordi det skal jo laves det arbejde og jeg vidste jo det. Det er lidt ligesom, når jeg før i tiden tog på sommerferie. Det jeg ikke nåede inden, jamen det lå jo til mig, når jeg kom tilbage, posten, tingene og faktureringen. Jamen så lå det bare."*, Pete, s. 22). Her er man i bogstaveligste forstand uundværlig, og i første omgang er det hverken kollegaer eller kunder, sygefraværet berører, men derimod én selv, fordi det øger bunkerne af papir på skrivebordet eller antallet af ubesvarede mails i indbakken.

I praksis vil mange af disse overvejelser dog overlappe og spille sammen, fordi arbejdsgenstanden ikke kan isoleres til blot at være én type. Det er f.eks. tilfældet hos den praktiserende læge, Niller, der fortalte mig: "Hvis man ved, der er sat 30 patienter på. Og det bliver et pestarbejde at skulle til at have dem omplaceret og have ringet derud. Altså det går da også gennem hovedet på mig. Altså hvor meget ulempe det skaber... at jeg laver ulempe for 30 patienter, og en sekretær." (Niller, s. 25) I første omgang er det ulempen for ham selv, der lægges vægt på; det store arbejde, der ligger i at genplacere 30 patienter, og få det passet ind i hans kalender. Men derudover nævner han såvel patienterne som sekretæren, der også vil blive udsat for ulempe, hvis han tog sig en sygedag. Eksemplet illustrerer på fin vis den kompleksitet, der ligger bag den reflektive praktisering af sygefraværet, og hvor snævert den er knyttet til den kontekst, indenfor hvilken fraværet må praktiseres.

XIV. Den rurale solidaritet

Hvis Olivias situation udgør ét eksempel på 'uundværlighed', er guldsmeden Keld et andet, der dog har en ganske anden karakter. Her er det ikke guldet, der udøver pres på ham for at præstere selv i de situationer, hvor han føler sig lidt sløj. På spørgsmålet om, hvor mange sygedage Keld har i løbet af et helt almindeligt arbejdsår, kastes der lys over et andet forhold, der påvirker måden at praktisere sygefravær på. Kelds svar lyder således:

"Jeg har aldrig været syg. Lars [hans chef, CDH] har ikke været syg i sytten år. Interviewer: 'Du er heller ikke sådan forkølet nogen gange?' Keld: Jo. Jo jo jo. Ork, gud dog du. Der er somme tider, vi ikke kan bruge nogle fingre eller noget eller tommelfingeren. Lars han har lige smadret hans tommelfinger i et pengeskab. Den har vi grinet af lige siden. Men hvad fanden skal vi gøre? Hvem skal så lave arbejdet? Jeg har været så syg, at jeg har taget på arbejde klokken halv fem om eftermiddagen eller sådan noget. Så har jeg fået det bedre op af dagen, og så har jeg så arbejdet til ti-halv elleve om aftenen i stedet for... Vi har Gunnar vi kan trække lidt på, men han er jo en gammel dreng nu, og han har hans ting også. Han kommer et par gange om ugen, og det er fint. Han kommer hvis vi er syge, eller hvis vi blev sådan syge op til de der spidsbelastninger, men jeg har ikke været syg. Lars har ikke været syg i 17½ år. Han har ikke haft en eneste sygedag. Jeg har jo ikke været derinde i andet end syv år. Men 17½ år uden en sygedag." (Keld, s. 20-21)

Hos Keld er det forpligtelsen og solidaritetsfølelsen overfor hans ven og arbejdsgiver, Lars, der udgør det pres, der må tages højde for i den reflektive praktisering af sygefraværet. Keld føler sig uundværlig, faktisk i så høj grad, at han flere gange har trodset bulne fingre og sløjhed og troppet op på arbejdet alligevel for at få ordrerne ud af verden. Men selvom følelsen rummer en masse positive elementer – f.eks. at man føler sig værdsat (illustreret ved, at Keld ved mindst én lejlighed er blevet tilbudt partnerskab i firmaet, hvilket han dog takkede nej til: *'Men altså at gå med i kompagniskab... Det er et stort spring... Selvom vi er meget tæt på hinanden. Det skal man ligesom gøre op med sig selv. Hvad man vil der... Jeg sætter lidt pris på min frihed også... Jeg kan godt lide at komme ud og motionere, og jeg kan godt lide at fiske, og jeg kan godt*

lide at spille bold, og jeg ved godt, hvad det indebærer at være selvstændig. Så kan du godt sige farvel til det... [Men jeg] kan godt finde på at komme [på arbejde] om søndagen for der er ingen telefon og ingen kunder, hvis... vi virkelig har travlt efter en ferie... Vi er jo så lille et firma. Vi ved, hvad vi har med at gøre, arbejdsmæssigt. Så man føler en vis forpligtelse. Det er jo ikke sådan, at jeg lader ham i stikken eller noget. Overhovedet ikke. Det kunne jeg ikke drømme om. Så kunne sådan en lille virksomhed ikke fungere.' (Keld, s. 4-5), så er det alligevel en ambivalent situation:

"Det kan være lidt hårdt ind imellem, og det har vi også tit snakket om. Fordi du får skyldfølelse, hvis du føler dig syg, og du måske har lyst til at lægge dig syg. Og det kan du ikke rigtigt tillade dig, fordi det er sådan en lille virksomhed. Det er der, problemet er med de små virksomheder. Altså [situationer], hvor du måske havde bedst af at være hjemme. Hvor man føler, at det måske er lidt urimeligt, at du skal af sted. Men nogle gange, så har jeg sgu følt: 'Nå ja. Det er sgu godt nok, jeg er kommet af sted'. Men altså, det sidder i hovedet på dig. Nu sidder de derinde alene, og du ved hvor meget arbejde der er. Det kan ikke undgås, at der kommer den der skyldfølelse. Det vil jeg indrømme. Det kan ikke undgås. Det kan det ikke." (Keld, s. 23)

At melde sig syg bliver for Keld synonymt med at lade sin ven og arbejdsgiver 'i stikken'; og det vil han ikke, ja det kunne han faktisk ikke 'drømme om', selvom han dog også har nogle helt klare grænser for, hvor meget arbejdet i det hele taget må fylde i hans liv. Og når han alligevel drømmer om at tage en sygedag, resulterer det i en følelse af 'skyld', fordi man i virkeligheden ikke kan 'tillade sig' at tage en dag med fravær. Men ambivalensen vender også den anden vej. Keld har det nemlig også sådan, at det i virkeligheden er 'urimeligt', at han ikke bare kan 'lægge sig syg' de gange, hvor han føler sig syg og har lyst til en sygedag. Men det er nu engang vilkåret, når man arbejder i små virksomheder, hvor udførelsen af arbejdet hviler på meget få personer; hvor man i praksis bliver uundværlig.

Og at have en sådan følelse af forpligtelse overfor sin arbejdsgiver og arbejdsplads er Keld bestemt ikke ene om. Pete beretter om situationen, da hans egen virksomhed var noget mindre:

"Jeg kan huske, da man var færre folk. Var der én, der meldte sig syg, [var det et problem]. Og det vidste de folk jo også godt, at man var en vigtig del af det... Sygdommen er jo nok mindre i dem, for de ved godt, at... de tør næsten ikke at ringe. De har selv været med til at lave aftalen ude ved Fru Hansen: 'Vi er i hvert fald færdige inden fredag.' Hvordan kan man så melde sig syg torsdag morgen? Så kommer man sgu, hvis man kan. Fordi de ved godt, at det brænder på, og så bliver det ikke færdig. 'Det lovede vi hende jo, at vi skulle.' Selvom det ikke er hans eller hendes virksomhed." (Pete, s. 19)

"Vi har nogle medarbejdere... vores bogholder herinde. Hun var været ved os i nitten år. Jeg tror, hun har været fraværende to dage i de nitten år... Det er helt u... og det er faktisk først indenfor de sidste to-tre år, hun har haft. Det er helt ufatteligt. Men hun er altså også kommet nogen gange, det vil sige... hvor man siger at: 'Du skulle være blevet hjemme, Gitte, hvis du har det dårligt?' Nej men hun skulle lige have det færdigt..." (Pete, s. 40)

At Pete ikke udelukkende projicerer sine egne livsformsspecifikke forestillinger over på sine medarbejdere, ser ud til at være tilfældet med hensyn til hans bogholder, Gitte. Hun er en mønsteransat for Pete, fordi hun - ved blot at have været fraværende 2 dage i løbet af 19 år - har udvist en næsten 'ufattelig' interesse for hans virksomhed. Som om den de facto var hendes egen. Men der er også en vis ambivalens at spore i Petes udtalelse. At medarbejderne 'næsten ikke tør ringe' og melde sig syge, hviler ikke på gensidig respekt og solidaritet på samme måde, som det fremkommer hos Keld. Og det retoriske spørgsmål: 'Hvordan kan man så melde sig syg torsdag morgen?' og brugen af bandeord efterfølgende kunne måske tolkes, som et udtryk for harme overfor dem, der rent faktisk kunne finde på at blæse på aftalen med Fru Hansen og alligevel melde sig syge, fordi de var i deres gode ret til at gøre sådan. Men selvom virksomheden efterhånden er blevet stor, er der altså stadig nogle af Petes

ansatte som f.eks. Gitte, der imponerer ham ved deres loyalitet. At gå syg på arbejde er ifølge Pete en måde at demonstrere en 'fantastisk interesse for sit arbejde':

"De skal være meget syge før jeg siger til dem, at de skal gå hjem. Nej, de skal have lov til at komme.... Men vi har da haft nogen, der er kommet, og så er de gået hjem igen. Og der vil jeg da sige... dem tager jeg da hatten lidt af for. Det kan godt være, at det var dumt, at de kom, men de har jo vist en fantastisk interesse for deres arbejde ved at gøre det. Hvorimod I har nogle spørgsmål [i spørgeskemaet]... om det var i orden, at man blev hjemme, hvis man følte sådan og sådan... Nogen af dem... altså hvis jeg vidste, at medarbejderne gjorde det, så var det i hvert fald ikke et plus i karakterbogen, kan jeg sige. For hvor er lige din interesse for at få virksomhed[en] til at fungere...? [Den virksomhed] som skal give dig dit levebrød. Som skal sikre, at du har din families forhold i orden ... fordi du får din løn herfra? Hvordan skal det kunne lade sig gøre? Det vil jeg ikke acceptere, hvis det kommer derud. Det vil jeg have meget svært ved. Fordi det synes jeg ikke er rimeligt." (Pete, s. 20)

En mangel på offervilje som modsat den Gitte udviser, ser Pete til gengæld strengt på. For ham er det synonymt med, at man ikke har forstået, at det faktisk er virksomheden, der 'sikrer at du har din families forhold i orden', og 'giver dig dit levebrød'. Pete forventer måske ikke direkte, at hans medarbejdere skal gå syge på arbejde, men de må meget gerne gøre forsøget.

Såvel Kelds som Petes oplevelser stemmer meget godt overens med den beskrivelse, Højrup giver af forholdene på virksomheder stærkt forankret i den rurale livsform:

"Den rurale binding er ikke bare tilstede i form af familie- og venskabsrelationer, men kan også være tilstede i kraft af, at en lærling eller 'mestersvend', der arbejder i virksomheden, selv identificerer sig med virksomheden og har det mål engang at overtage den eller selv etablere sig som selvstændig ved at starte et nyt værksted. Han vil leve med den rurale ideologis selvstændigheds- og frihedsideal, samt dens arbejdsmoral og ansvarsfølelse overfor arbejdets kvalitative indhold, selvom han på dette trin i sit livsforløb er lønarbejder. Den rurale solidaritet med virksomheden kan brede sig fra kernen og langt ud i kredsen af lønnede 'medarbejdere', da disse i lighed med 'ham selv' først og fremmest er interesserede i virksomhedens stabilitet som arbejdsplads." (Højrup, 1983, s. 107)

Når Keld og Gitte troligt trodser deres sygdom og tropper op på arbejdet på trods af diverse symptomer, er det netop udtryk for, at den 'rurale' solidaritet – følelsen af moralsk forpligtelse overfor såvel virksomheden, virksomhedens ejer og overfor de kunder virksomheden er afhængig af - har bredt sig og gennemsyrrer hele guldsmedeforretningen. Her er det af betydning, at både Keld og hans arbejdsgiver, Lars, begge er udlært hos den samme mester, som også selv stadig kommer på værkstedet og laver småting ind i mellem. For Gittes vedkommende skyldes solidariteten formentlig, at hun har været del af Petes virksomhed næsten siden begyndelsen, og derfor har et særligt nært forhold til både Pete selv og hans kone.

De ovenstående eksempler viser med al tydelighed, at de mindre virksomheder har en ganske særlig udfordring, når det kommer til sygefravær. I mange tilfælde er de nemlig helt afhængige af hver eneste medarbejders arbejdsindsats, for at kunne leve op til de aftaler, der er indgået. At det forholder sig sådan, var der også mange af de selvstændige, som fortalte mig:

"Der kan man sige, at hos større virksomheder, der er det lidt nemmere [at håndtere sygefravær blandt medarbejderne]. Opgaven er måske større, og der går ti mand. Så er det nemmere, at én ud af ti forsvinder og melder sig syg." (Pete, s. 20)

"[Sygefravær] kan godt være et problem, men vi tager det som en udfordring... Nu har vi to syge i dag, og vi er lige i en influenza periode, hvor det flyver rundt. Så er det med at få hverdagen til at hænge sammen, og få de folk, der skal til, for at vi kan få det til at fungere." (Andreas, 9)

”Der er ingen tvivl om, at [sygefravær blandt medarbejderne] har været én af grundene til at få flere medarbejdere... Vi har ikke haft så meget sygefravær, som vi havde tidligere, da vi kun havde to eller tre medarbejdere, men der var vi sgu meget mere [sårbare], hvis der var én, der var væk. Hold kæft, det var et helvede så. Men det er klart. Hvis du har to medarbejdere, og den ene er væk, så mangler du 50% af arbejdskraften den dag. Hvis vi ud af tolv har én, der er væk, så er det 10%. Altså det er blevet meget nemmere for os. Og det er ikke så stor en belastning på mig som arbejdsleder, at der er én, der er syg. Det er helt klart en fordel, at vi har flere medarbejdere, fordi tingene de *skal* gøres. Og det er klart, at man trækker da noget på den anden [ansatte], der så er der den dag, og du trækker også på dig selv, ved at du selv skal ind og overtage arbejdet fra den [syge].” (Andreas, s. 15)

Det er ikke så vanskeligt at forstå rationalet bag Andreas og Petes overvejelser: jo flere medarbejdere man har ansat, desto flere hænder er der at sprede arbejdsbyrden på, hvis uheldet skulle være ude og én af medarbejderne må lægge sig syge. Andreas siger helt eksplicit, at det er de *logistiske* problemer i forbindelse med sygefraværet, som har været medvirkende til, at han og ægtefællen har ekspanderet virksomheden.

En anden måde at gardere sig mod denne type af problemer forbundet med medarbejdernes fravær hænger også delvist sammen med størrelsen af virksomheden. Et system som det Stephen opererer med i hans vinduespolerer- og rengøringsvirksomhed ville ikke være mulig, hvis der ikke var en kritisk masse af medarbejdere. Og det ville heller ikke være muligt, hvis han ikke kunne få medarbejderne til at arbejde på ’særlige vilkår’, i dette tilfælde i deltidsstillinger:

”Vi har nogle ret store steder, hvor vi har folk gående mange timer om dagen. Og så har vi typisk en eller to damer, der har sådan et par steder eller tre de deler.... Når vi er så store, så prøver vi at fordele ud på flere hænder, så det ikke bare er én dame, der går. Fordi, hvis hun så er syg, så er det jo lige pludselige otte timer, man skal afløse. Det kan godt være, at hun kan næsten have fuld tid samme sted. [Men] så er det bedre at dele det op [så] to eller tre har samme område, [for] så kan de dele og have nogle flere forskellige ting... Og så kan de afløse hinanden, hvis de er syge, så skal jeg nemlig ikke af sted. Det er jo problemet, hvis man ikke er så stor, at man ligefrem har et afløsesystem... Dem, der passer rengøringen rundt omkring, passer det selv og bytter med hinanden, når der er nogen, der er syge, og så ringer de lige: ’Kan du ikke lige?’ Fordi de synes alligevel ikke, at jeg skal jages af sted. Det må da være fordi, at vi [har et] nogenlunde indbyrdes forhold til hinanden. Det tror jeg da.” (Stephen, 4,13,22)

Denne ordning er primært indført for Stephens skyld, for at forhindre en situation, hvor han mange gange i løbet af et år skulle træde ind og udføre rengøringen for de ansatte. Ved at splitte arbejdsopgaverne på et enkelt arbejdssted op og lade medarbejderne arbejde flere forskellige steder med færre timer, bliver det nemlig muligt for kollegaerne at afløse hinanden, istedet for at lade problemet løbe videre til Stephen. Hvad de ansatte siger til sådan en løsning, melder historien ikke noget om. Men det er i hvert fald et eksempel på, hvordan virksomhedsstørrelse spiller ind på den måde sygefraværet håndteres og reflektivt praktiseres. I denne situation påvirker Stephen den måde sygefraværet praktiseres på direkte ved at administrere virksomhedernes arbejdsopgaver på en bestemt måde. Denne håndtering af arbejdsopgavernes fordeling muliggør, at medarbejderne selv tager initiativ og afløser hinanden uden Stephens involvering, hvilket sparer ham for en masse bøvls og besvær.

XV. Small is beautiful?

Det er en udbredt forestilling blandt såvel ansatte som arbejdsgivere og i såvel den offentlige debat og blandt mange forskere, at der er noget særligt ved de små virksomheder. Det er i hvert fald til dels en sådan forståelse, der lægger bag den megen fokus på iværksætterier f.eks. symboliseret gennem

muligheden for at få iværksætterstøtte. Det private, selvstændige initiativ er vigtigt, og det skal der støttes op om – ikke mindst fordi det er med til at skabe jobs (*"Jeg kan huske dengang, de strejkede ude på farveriet; dengang, der var masser af arbejde... Jeg synes, det er sådan noget.. Jeg synes, det er lav intelligens, at man siger: 'Ja, hvis de ikke havde os arbejdere, så havde de jo ingenting.' Der skal altså kun én iværksætter til at have ansat 500, 1000 mennesker, ikke? Og hvis han er væk, så er det der også væk."*, Kitty, s. 26), men også fordi der generelt i samfundet bliver set meget positivt på idealet om den selvhjulpne, entrepante virksomhedsejer (se f.eks. Børsen, 30. juni 2008). Og det er alt andet lige nemmere at forbinde disse positive sider med en mindre virksomhed end de større, selvom de også er opstået helt fra grunden på et tidspunkt.

I den internationale litteratur om mindre virksomheder er det en udbredt forestilling, at 'small is beautiful'; der er noget særligt forbilledligt ved små virksomheder, hvilket f.eks. kommer til udtryk gennem meget lave strejkeniveauer og fagforeningsdeltagelse (se f.eks. Rainnie, 1985; Harrison, 1994). Hertil kan man derudover lægge, at der samtidig er et lavere sygefravær, og et lavere niveau af fravær i det hele taget på mindre virksomheder (se f.eks. Regeringen, 2003, s. 28-9; Barmby & Stephen, 2000). At lav fagforeningsdeltagelse anses som noget positivt skyldes, at man har en forestilling om, at fraværet af fagforeningsindflydelse på arbejdspladserne er udtryk for et generelt lavt konfliktniveau og en form for 'industriel harmoni' mellem arbejdstager og arbejdsgiver; her løser man problemerne i mindelighed – ja, eller også er der slet ikke nogen problemer at komme efter!

Denne forestilling finder vi også helt tilbage til den klassiske sociologi. Geoffrey Ingham (1967) har vist, hvordan man kan spore denne tanke tilbage til såvel Marx som Durkheim, der i sin bog om arbejdsdelingen skriver: "...small scale industry where work is less divided displays a relative harmony between worker and employer. It is only in large scale industry that these relations are in a sickly state." (Durkheim opcit in Ingham, 1967, s. 239) For både Marx og Durkheim er det selve *størrelsen* der - i kraft af de begrænsninger eller tilskyndelser den har på omfanget af interaktioner mellem arbejdstagere og arbejdsgiver - er af betydning. Men betydningen af størrelsen fortolkes ganske forskelligt hhv. som noget, der muliggør *anomie* hos Durkheim og som noget, der er en forudsætning for udviklingen af *klassebevidsthed* hos Marx (Marx, 1970).

Lad os i første omgang fokusere på de mindre virksomheder og skitsere, hvordan man kan forestille sig, at *sygefravær* bliver praktiseret her. Generelt set vil de store virksomheder tendere mod at have mere sygefravær end de mindre, da sidstnævnte vil have held til at holde fraværet i ave via den solidaritetsfølelse, der opstår mellem arbejdsgiver og -tager, som vi så illustreret ovenfor.

Ingham forklarer dette forhold med udgangspunkt i to forskellige mekanismer: 1) For det første, er der bestemte bindinger på, hvordan forholdene i store og mindre virksomheder kan være – særligt forhold der vedrører 'bureaukratiseringen' af organisationen. I mindre virksomheder, vil der ofte være *mere variation i arbejdsopgaverne*, hvilket i mange tilfælde vil øge jobtilfredsheden, *mere uformel interaktion*, hvilket kan skabe større samhørighed og en bedre overensstemmelse mellem virksomhedens og arbejdsgruppens mål. Der vil nemmere opstå *direkte og dermed personlige relationer mellem lederen og de ansatte*, hvilket igen kan styrke samhørigheden ligesom tendenser til et dem/os-perspektiv mindskes. Deraf følger også, at forfremmelsesmulighederne bestemmes mere uformelt, hvilket igen er med til at gøre de sociale relationer mellem ledelsen og medarbejderne mere venligt stemte. 2) For det andet, vil disse forhold tiltrække en bestemt type af medarbejdere, nemlig dem med et bestemt syn på forholdet mellem arbejdsgiver og -tager. Der vil med andre ord ske en 'selv-selektion' af medarbejdere med en bestemt orientering mod arbejdet til de mindre virksomheder, fordi det vil passe dem bedre (Ingham, 1967, s. 241-6). Opsummeret betyder det altså, at de mindre virksomheder har et lavere sygefravær,

både fordi de tilbyder et bedre arbejdsmiljø med mere varierende arbejdsopgaver, større socialt sammenhold med direkte relationer til ledelsen og mere uformelle rammer, ligesom disse forhold er med til at tiltrække medarbejdere, der er orienteret mod arbejdet på en anden og mere positiv måde, end det ofte er tilfældet for de store virksomheder. Men hele denne forestillingen er dog noget ensidig, fordi de kun fokuserer på de positive følgevirkninger, der er af at arbejde i en mindre virksomhed og den deraf følgende lavere bureaukratiseringsgrad. Kelds ambivalente oplevelser bliver f.eks. ikke tematiseret direkte hos Ingham, selvom hans fokus er på konsekvenserne for 'industrial relations' (for ham defineret som 'fravær' og 'omsætning af medarbejdere').

I en interessant artikel, argumenterer Rannie (1985) for, at 'small is beautiful'-tesen bygger på en fejlagtig fortolkning af den lave fagforeningsdeltagelse i mindre virksomheder. I studiet, der er baseret på små engelske tekstilvirksomheder, bliver den lave deltagelse nemlig afsløret, ikke som et udtryk for harmoni mellem arbejdsgiver og arbejdstager, men som *apati* overfor fagforeningerne, der ikke gør noget for at ændre de kummerlige arbejdsforhold, der i meget høj grad præger disse virksomheder. Rannie skitserer i stedet for den 'industrielle harmoni' og gensidige solidaritetsfølelse, et billede af mindre virksomheder som 'autokratiske', hvor de ansatte ofte udsættes for omfattende overvågning, autoritær ledelsesstil, og et akkordsystem, der på mange måder spiller de ansatte ud mod hinanden. Det får også den konsekvens, at tillidsmanden isoleres og kun vanskeligt kan skabe fælles fodsslag mellem de ansatte (Rannie, 1985, s. 217-8). Selvom denne beskrivelse på ingen måder ligner den Keld beskriver i guldsmedeforretningen, ja så nuancerer den i hvert fald billedet og fordelene ved de mindre virksomheder, ligesom den igen fremhæver, hvilke særlige aspekter der dukker op i relationen mellem arbejdsgiver og arbejdstager i virksomheder af forskellig størrelse.

Tabel 6.8 nedenfor viser nogle resultater, der understøtter forestillingen om større 'industriel harmoni' på de mindre virksomheder: der er en større andel af medarbejdere helt uden sygefravær, de ansatte på mindre virksomheder er mere tilbøjelige til at gå syge på arbejde for at tage hensyn til virksomhedens kunder, men til gengæld går de ikke så ofte syge på arbejde af frygt for at blive fyret, måske fordi arbejdsgivere i mindre virksomheder føler en særlig forpligtelse overfor deres ansatte netop pga. den 'industrielle harmoni'. (Højrup skriver sådan om denne forpligtelse: *"Den dag der ikke er ordrer nok, vil mester uden tøven kunne fyre svenden, men konen, børnene, samarbejdspartnerne, mestersvenden og tilsvarende 'trofaste' medarbejdere vil han ikke sådan kunne 'fyre' og standse betalingerne til. De er bundet sammen af andre relationer."*, Højrup, 1983, s. 107) I alle disse tilfælde er der taget højde for forskelle i køn, alder, erhverv og selvvurderet helbred. I en tilsvarende analyse kan man se, at der i det hele taget er en større tilbøjelighed til at gå syg på arbejde i de mindre virksomheder, selv når man tager højde for en lang række yderligere faktorer (Hansen & Andersen, 2008).

Det ser det altså ud til, at medarbejderne i de mindre virksomheder er tættere knyttede til deres arbejdsplads, og har et lavere fravær. Men hvis det lavere sygefravær udelukkende skyldes, at disse medarbejdere oftere går syge på arbejdet, så kan man måske diskutere, hvor 'harmonisk' denne tendens er. Det viser sig nemlig også, at medarbejderne i de mindste virksomheder dobbelt så ofte går syge på arbejde af *økonomiske* grunde, som deres medborgere i virksomheder med mere end 250 ansatte. Måske skyldes det netop det forhold, Rannie beskrev ovenfor: at fagforeningerne i disse virksomheder har været for dårlige til at sikre dem løn under sygdom og dermed dekommodificere deres helbredstilstand. I hvert fald er ansatte i små virksomheder mindre tilbøjelige til at tage fravær, når de føler sig syge, også selvom man kun sammenligner personer, der har det samme niveau af helbred.

Tabel 6.8 Forskellige virksomhedsstørrelser og sygefraværpraktikker. % af de ansatte der handler på disse måder. Forventede sandsynligheder. Logistisk regression.

Virksomhedsstørrelse	% med mindst én sygemelding ¹	% med mindst én episode af sygenærvær ²	% med sygenærvær pga. økonomiske hensyn ¹	% med sygenærvær pga. hensyn til kunder/klienter ¹	% med sygenærvær pga. frygt for at blive fyret ¹
0-10 ansatte	63,3	74,6	9,2	65,7	8,3
11-50 ansatte	70,0	75,1	7,4	62,4	10,0
51-250 ansatte	73,0	73,6	6,1	56,9	11,6
over 250 ansatte	74,5	69,4	4,9	50,8	12,3

¹ Justeret for køn, alder, social klasse, selv vurderet helbred og sektor.
² Justeret for en lang række arbejdsmiljø, personlige og helbredsmæssige faktorer (se Hansen & Andersen, 2008)

Den faldende andel af medarbejdere, der går syge på arbejde ud af hensyn til kunder og klienter, når virksomheden bliver større, passer fint på den durkheimske forståelse af sygefravær som et *symptom på anomie*. Helt konkret kan det hænge sammen med en manglende involvering af de ansatte i virksomhedens mål og værdier. En måde at tilvejebringe en bedre overensstemmelse mellem de ansattes og virksomhedens mål kunne f.eks. være gennem en mere proaktiv ledelsesstil, der øgede antallet af interaktioner med de ansatte (*"Jeg kan huske, da vi havde et lille slagteri i Struer, hvor ledelsen sad på slagteriet i Struer. Der var sygefraværet det halve. Det at man er blevet en stor virksomhed og ledelsen er fjern. Der er tyve slagterier under samme ledelse og der er ingen ledelse ude på virksomheden... det at du har ejerskabsfølelse af det job du sidder på. Det er i bund og grund det [der betyder noget]. Folk som har et job, hvor de føler, at de ikke kan undværes, de er sku ikke så meget syge."*, Andreas, s. 19). Men det er klart, alt andet lige, vil de større virksomheder lide under den tort at have sværere ved at nå ud til alle medarbejdere i virksomheden. Af den grund vil der meget nemt kunne være grupper af medarbejdere, som er så løst koblet til virksomhedens overordnede mål, at det resulterer i normløshed, der fører til et højere sygefravær end man kunne have haft.

XVI. Sygefravær som protest

Det er dog også muligt at se sammenhængen mellem de store virksomheder og et højere niveau af sygefravær på en anden måde. I den marxistisk inspirerede forklaring handler det primært om at se (syge)fravær som en form for *reprasalie* eller et decideret *konfliktvåben* medarbejderne kan tage i anvendelse i forskellige tilfælde, f.eks. hvis arbejdsforholdene på virksomheden bliver for uacceptable (for en udlægning af den tese se Edwards, 1986, s. 256-60).

Blandt informanterne jeg talte med, var der ingen, der havde personlig erfaring med at have meldt sig syg, som led i en *kollektiv* protest eller arbejdskonflikt. Men én af informanterne fortalte dog om en episode, der lægger i forlængelse af en sådan måde at praktisere sygefraværet på. Det var erhvervsrådgiveren Jesper, som i et tidligere job havde været ude for ganske ubehagelig behandling, der førte til, at han brugte sygefraværet på trods af ikke at være 'klinisk' syg:

"Jeg har været ude for [at melde mig syg hvor jeg ikke havde nogen symptomer på sygdom] én gang i forbindelse med, at jeg sagde op. Et sted, hvor tonen var så modbydelig og ubehagelig. Det var, da jeg forlod kopibranchen. Der tog jeg simpelthen til lægen for at få en lægeerklæring. Jeg skulle ikke nyde noget af at møde ind på det arbejde igen. Men det var, fordi det var decideret ubehageligt at være der. Så der fik jeg sygemeldingen på basis af, [at] arbejdsklimaet var betændt. ... I sådan en situation, så er man lidt ude i ... at

så beder de også selv om det. Hvis ikke de behandler mig ordentligt, og de ikke vil give noget den [ene] vej, jamen så skal de heller ikke forvente noget den anden vej. ... Så dengang, hvor jeg var nødt til at sygemelde mig, der havde jeg ingen betænkeligheder ved det.” (Jesper, s. 26-7)

Det var altså følelsen af ikke at være blevet behandlet ordentlig, der førte Jesper til at søge læge og bede om en lægeerklæring. For selvom arbejdsklimaet var ’betændt’, og tonen ’modbydelig og ubehagelig’, ja så virker det på Jesper som om, at han nok godt kunne have bidt tænderne sammen og gennemlevet det, hvis han ville. Men Jesper havde i stedet besluttet sig for, at nu var det nok med den dårlige behandling; det ville han ikke finde sig i.

Man kan selvfølgelig diskutere, hvor ubehageligt og modbydeligt et arbejdsklima skal være, før man med rimelighed kan melde sig syg. Formelt set er kriteriet, at man er uarbejdsdygtig, og det vil være ganske vanskeligt i ovenstående eksempel at vurdere om Jesper er så langt ude, at han er ude af stand til at arbejde. Og netop den glidende overgang fra konflikter i arbejdsmiljøet til sygdomme og stress, der springer ud af det, er en ambivalens, som flere af informanterne omtaler. De fleste lønmodtagere udtrykker forståelse og sympati for, at folk sygemelder sig, hvis arbejdsmiljøet er så ringe, at de får stress af det. Men samtidig er der også andre, der synes denne måde at agere på, er uhensigtsmæssig:

”Jeg synes ikke det er rimeligt, at folk de sygemelder sig, fordi ... et eller andet sted, så løser man ikke et problem ved at isolere sig hjemme. Man bliver sgu mere syg af det. Jeg synes de skulle gå til de folk, der nu en gang er blevet valgt til [at] ordne sådan nogle ting ... man løser ikke en skid ved at sygemelde sig... Folk de bliver sygemeldt, og så går de hjemme i en uge, fjorten dage, tre uger. Så har de gået hjemme i så lang tid, at man siger: ’Så må vi hellere tage ned at kigge på det’... Du ved om det er alvorligt. Hvad der er galt. Så har vi, de der rundbordssamtaler, hvor de får...trukket ledelsen [ind] og måske en læge også... [for at] finde en løsning på det. ... [Men] altså hvis det er en person, der har et problem på arbejdet... så bliver han jo ikke helbredt ved [at tage]... en pille. Problemet på arbejdet skal løses, fordi problemet ændrer sig jo ikke bare fordi vedkommende bruger piller.” (Preben, s. 35)

At sygemelde sig i de tilfælde, hvor der er problemer med det psykiske arbejdsmiljø på arbejdspladsen er Preben ikke særlig begejstret for. Ja faktisk tror han ikke ’man løser en skid ved at sygemelde sig’. Og det, Preben i virkeligheden peger på, er, at når sygefraværet bliver brugt som en måde at løse konflikter på, ja så løser det faktisk ingenting. Det, der i første omgang fremkaldte problemerne, er nemlig stadig at finde på arbejdspladsen. I stedet for at løse problemet bliver det *individualiseret*.

Men Preben gør sig inden illusioner om, at det kan være meget anderledes. For det sammenhold, og den solidaritet, der tidligere var i fagbevægelsen, er langsomt men sikkert ved at forsvinde:

”Vi skriver jo 2006... vi lever jo i en helt anden...altså...man kan ikke sammenligne det [med, hvordan] det var for halvtreds år siden... inden for fagbevægelsen. Der er jo ikke mere... sammenhold i dag. Det er jo er ved at dykke... på grund af de... unge mennesker. De har det jo godt i dag. De mangler ingenting og så lang tid det går godt, så vil de ikke føle den samme solidaritet inden for fagbevægelsen, som vi andre gamle rotter gør.” (Preben, s. 34)

Fordi de unge grundlæggende har gode vilkår og ikke har oplevet andet end fremgang, mener Preben ikke det er realistisk, at der kan skabes momentum for f.eks. at presse arbejdsgiverne, hvis arbejdsforholdene bliver for dårlige. Folk og særligt de unge tænker først og fremmest på sig selv. Og når der så opstår konflikter og ubehageligheder på arbejdspladsen, som det f.eks. var tilfældet for Jesper, så er det noget, der løses via (individualiserende) sygemeldinger i stedet for, at det går gennem tillidsmanden, som tager hånd om det, f.eks. ved at lægge pres på ledelsen gennem midlertidige arbejdsnedlæggelser for på den måde at markere utilfredsheden.

Da jeg ikke forventede, at mange af informanterne ville have erfaringer med at inddrage deres måde at praktisere sygefravær på i arbejdsmiljøkonflikter på deres respektive arbejdspladser, valgte jeg som en del af interviewet at præsentere informanterne for en række citater taget fra forskellige dagblade. Ét af citaterne omtalte en konflikt mellem piloter ansat ved flyselskabet SAS, der havde resulteret i, at ledelsen hævdede, at piloterne havde lavet kollektive aftaler om at sygemelde sig på skift, for på den måde at lægge pres på ledelsen. Idéen var at få informanterne til at give deres mening til kende omkring konflikter på arbejdspladsen og den måde sygefravær evt. var involveret i det på. Langt de fleste af informanterne såvel lønmodtagere som selvstændige udtrykte sig negativt, over den måde piloterne i SAS havde handlet på. Mest tydeligt var det selvfølgelig hos de selvstændige, hvor nogle af dem jeg talte med var decideret forargede:

“I: Hvad synes du om, at man bruger en sygemelding som en form for protest? K: Jeg synes, det er usmageligt. I: Ja. Du kan slet ikke forestille dig nogen situation, hvor det kunne være rimeligt at gøre det? K: Nej. I: Hvad skal man så gøre, hvis man for eksempel er utilfreds...? Alle folk kan jo ikke starte deres egen virksomhed... K: Jo, det kan man da. Man behøver bare ikke at være pilot... Jeg synes, at man skal have en dialog... jeg kan huske dengang, de strejkede ude på farveriet herude... dengang der var masser af arbejde... Jeg synes, det er lav intelligens, at man siger: ‘Ja, hvis de ikke havde os arbejdere, så havde de jo ingenting.’ Men der skal altså kun én iværksætter til at have ansat 500, 1000 mennesker. Og hvis han er væk, så er [virksomheden] også væk... Hvis man ikke kan lide lugten i bageriet, så kan man jo bare gøre noget andet... Jeg synes, det er usmageligt.” (Kitty, s. 25-6)

”Og SAS. Det er i dén grad en arbejdsaktion. Det er jeg helt overbevidst om. Det er for at presse ledelsen i SAS. ... Jeg synes, det er ubehageligt. Det måtte man kunne have gjort på en anden måde. Jeg synes, det er en meget meget usmart måde. ... de får i forvejen en rimelig høj løn og har for mig at se udmærkede arbejdsvilkår. Jeg synes, det er uforskammeligt.” (Ursula, s. 22)

’Ubehageligt’, ’uforskammeligt’ og ’usmageligt’ er stærke ord til at beskrive SAS-piloternes handlinger. Men det var tydeligt, at især Ursula og Kitty, men faktisk også de andre selvstændige erhvervsdrivende, alle var af den opfattelse, at en sådan måde at handle på var at spille med fordækte kort. Og samtidig var det at vise disrespekt overfor den virksomhed, de var ansat ved. Noget af harmen skyldes også, at piloterne blev opfattet som en gruppe af ansatte, der havde temmelig gode arbejdsvilkår, og man anså derfor deres modvilje for at være et udtryk for en forkælelse, der var helt urimelig.

Andre af de selvstændige lod sig ikke på samme måde rive med og lade sig forarge, men de var stadig af den overbevisning, at piloternes måde at agere på var problematisk, og på ingen måder forenelig med den måde samfundet havde udviklet sig på i dag. Andreas, der udover selv at eje adskillige gårde også var involveret i bestyrelsesarbejde i en stor dansk fødevarekoncern, forklarede sin modvilje på denne måde:

”Jamen jeg mener ikke, at strejker hører hjemme i Danmark, i det samfund vi har [i dag], med de organisationsopbygninger der er... så skal det da klares den anden vej rundt. Det gælder både strejker og sygefravær som ikke skyldes sygdom... Det andet er sgu for uprofessionelt... Man skal bruge de demokratiske processer, der er for at få tingene på plads.” (Andreas, s. 18-9)

Fordi der gennem de sidste mange årtier er opstået udvalg og forskellige organisationer, hvor konflikter på arbejdspladsen skal håndteres, så mener Andreas ikke, det er rimeligt at bruge sygefravær som en måde at protestere på. Andreas mener i det hele taget, at brugen af strejker er forældet, og ikke hører hjemme i Danmark, som vi kender det i dag. Det er ’uprofessionelt’, som han formulerer det. Det er lidt den samme anke fabrikschefen på Slagteriet A/S har i forhold til brugen af strejker, som han kalder ’åndssvage’:

”Jeg har nogle gange været med til nogle strejker... Det, vi havde sat til, det kunne vi ikke engang nå at tjene ind på tre år. Virker det ikke åndssvagt? Det er jo fuldstændigt åndssvagt. Fordi, hvis du mister tre daglønninger plus en bod oveni for måske to kroner i timen, når du har 1700 timer om året, jamen så er det 3400 kroner. Det er hvad du mister om dagen... Så det kan tage to år at tjene ind igen. Så at man har konfliktretten i forbindelse med overenskomsten, hvor man lovligt siger tingene op. Det er fair nok. Men at man bruger det som pressionsmiddel.. Det har alle dage været mig imod, også dengang jeg var på den anden side.” (Jeff, s. 21)

Jeff forstår ikke de slagteriarbejdere, der nu som før advokerede for, at man skulle strejke. For hans erfaring siger ham, at den bod, der bliver pålagt de strejkende, let kan blive så stor, at man har mistet penge på det. Og det virker unægtelig ikke særlig rationelt, at strejke, hvis man kan risikere at miste så mange penge, at det kun kan tjenes ind igen over en flerårig periode.

Spørgsmålet er dog om strejkerne alene skal opfattes som et rationelt middel i kampen for bedre løn, sådan som det til en vis grad italesættes af Jeff, eller om professionalisme er det rette parameter at evaluere det fornuftige i strejker på sådan, som Andreas gør det.

I hvert fald er der blandt lønmodtagerne flere, der udtrykker forståelse for, at SAS-piloterne kan have følt sig tvunget til at handle på den måde, de gør. Enkelte synes ligefrem, det er beundringsværdigt:

”Jeg vil da sige at det er flot de kan blive enige [om at melde sig syge]. Claus: Så det er [ikke] sådan at du syntes at de burde have strejket i stedet for fx eller hvad? Olivia: Jo men altså, hvis det nu ikke virker. Det kan være, at det her virker bedre. Jeg har en mand, der siger præcis det samme. At det nogle gange er bedre, at vi bliver enige om, at hvis ikke det fungerer godt i bybussen, så er det bedre at sygemelde sig på skift, fordi det koster dem mere. Og det tror jeg generelt er en holdning indenfor det private ... Hvis det virkeligt er nødvendigt, så synes jeg alle kneb gælder, hvis det er for at synliggøre nogle ting, at gøre opmærksom på, at vi vil have ændret nogle ting... Jeg synes man skal forhandle sig til nogle ting i [første omgang]. Men ... hvis man ikke kan det, hvad er så det næste man kan, hvor det gør ondt.” (Olivia, s. 36-7)

Olivia – som i parentes bemærket har været tillidskvinde - står alene med sit synspunkt om, at det kan være helt legitimt og nødvendigt, og endda det strategisk klogeste at bruge sygefravær, som en måde at presse arbejdsgiverne på, hvis arbejdsforholdene er for ringe. Om de lønmodtagere, der generelt udtrykker forståelse for, at denne måde at bruge sygefraværet på kan være nødvendig i nødstilfælde, ville være enige i den strategi, Olivia foreslår, er det vanskeligt at sige. Men det er muligt, for anken for langt de fleste af dem går på, at det er den manglende fokusering på, at sygefraværet skyldes en *konflikt*, som gør det problematisk. Her risikerer man nemlig – som Preben så fint fremhæver det – at individualisere problemerne på arbejdspladsen, hvilket får den konsekvens, at de ikke bliver løst, og derfor kan ende med at blive til problemer for kollegaerne også:

”Det er jo en måde at fortælle, [at] arbejdsmiljøet [er dårligt]. Det virker. ... Hvis de ikke kan komme igennem på en anden måde. Et eller andet sted, synes jeg måske ikke, det er så god en [måde]... Der er jo mange andre, der kommer i klemme. ... Jeg synes måske nok, det var mere reelt, hvis man nedlagde arbejdet, og havde sagt: ’Det her. Dét tolerer vi ikke. Nu er vores tærskel nået. Nu kan vi ikke mere.’ ... Jeg synes det er for nemt bare at blive hjemme og sige: ’Jeg er syg’, fordi man har det [dårligt]. Det løser ikke noget. Slet ikke for dem, der bliver tilbage. Så skal de bare [lave] mere. ... Det fremmer i hvert fald ikke arbejdsmiljøet for dem, der er tilbage.” (Belinda, s. 33)

At vælge at melde sig syg frem for at tage en direkte konflikt med ledelsen, er for Belinda altså udtryk for mangel på solidaritet med de kollegaer, man svigter, fordi man ikke selv kan holde til eller vil finde sig i mere. Men omvendt kan man måske også anklage Belinda for ikke at være solidarisk nok, hvis de urimelige arbejdsvilkår fører til, at de af hendes kollegaer, der har mindre gunstige vilkår end hende selv ikke får hendes opbakning, når det ender med en sygemelding.

Uanset hvordan man vælger at betragte disse udsagn, og den måde de forskellige informanter i forskellige dele af arbejdslivsrummet forholder sig til SAS-piloternes sygefraværspraksis, så peger de på, at sygefravær også i nogle tilfælde bliver praktiseret som en form for protest. Oftest foregår det på en individualiseret måde, der i mange tilfælde er impotent og ikke fører til forandringer. Men i visse tilfælde kan det også være en mere kollektiv protest, der dog er stærkt delte meninger om.

XVII. Billeder af sygefraværet i dag

Selvom de 'billeder', der har været fremlagt gennem dette kapitel, langt fra giver en udtømmende analyse af den måde sygefraværet praktiseres på i dagens Danmark, er de alligevel med til at skærpe forståelsen af sygefraværsfænomenets kompleksitet.

'Billederne' udstiller, hvordan sygefravær er en handling, der praktiseres reflektivt f.eks, når Annisette går syg på arbejde, fordi hun ikke vil registreres i virksomhedens sygefraværsstatistik mere end højst nødvendigt, eller Birthe trodser symptomerne, fordi hun ikke vil straffe sine kollegaer ved at fratage dem deres hårdt tiltrængte fridag, eller Niller tropper op for ikke at belemre både sekretæren og hans 30 patienter, og dermed også det kundegrundlag han har i sin lægepraksis.

I alle disse tilfælde vejes der for og imod. Og der er ikke én rigtig løsning på det svækkede helbred. Det handler om konteksten. Det handler om de konsekvenser (oplevede som reelle), der følger af at være fraværende. Men det handler også om perspektiv: det, der er 'rigtigt' for den syge lønmodtager, kan være 'forkert' for hans kollegaer, der må tage hans arbejdsopgaver og hans chef, der skal planlægge sig ud af fraværet, fordi han har lovet Fru Hansen, at der er sat nye vinduer i hendes hus inden fredag. Men ejeren af den virksomhed, han arbejder på er også berørt, for hun skal betale for noget hun ikke får. Og for samfundet og dets politikere, der må se deres løfter om øget velfærd presset af sygefraværets betydning for kommunens eller statens budget, er også nødt til at forholde sig til det.

Så selvom en forkølelse eller et brækket ben formentlig føles på næsten samme måde for Annisette, som det gør for hendes chef, Jeff. Ja så har helbredssvækkelsen ikke samme betydning. Gennem 'billederne' viser det sig også, hvordan andre menneskers sygefravær indgår i de overvejelser ledere og ejere gør sig hver eneste dag, om den bedste måde at lede deres virksomhed på. Mange af disse overvejelser er ligeså komplekse og refleksive, som deres medarbejderes. Men hvad enten midlet er at gå foran med et godt eksempel, at involvere medarbejderne, så de føler sig forpligtede på virksomhedens mål og idealer, eller det er benhårde økonomiske incitamenter, der tages brug er målet det samme: at få sygefraværet ned, fordi det i sidste ende producerer både økonomiske såvel som logistiske problemer, der må løses.

Sygefraværsfænomenet er derfor også skrevet ind i en ramme af konflikt mellem arbejdsgiver og arbejdstager, der ikke mindst skyldes virksomhedernes pligt til at betale for deres medarbejderes sygefravær fra første dag. Selvom denne konfliktfyldte status ikke er til stede med lige stor kraft i alle situationer, er det dog en grundlæggende forudsætning, for den måde sygefraværet praktiseres på. Kunsten bliver derfor at kunne praktisere og håndtere sygefraværet på en sådan måde, at det skaber mindst mulig kontrovers. Men konflikten hviler næsten altid på en assymetri, hvor sygefraværet spiller en central rolle: i de tilfælde, hvor de økonomiske forhold er mest gunstige for arbejdsgiveren, er det de ansatte, der må vise mådeholdenhed med fraværet. Er der omvendt tale om en periode med højkonjunktur og mangel på arbejdskraft, er det arbejdsgiveren, der må stramme sig an og evt. acceptere at betale for mere end hun får.

Men præsentationen er ufuldstændig og kunne udvides i mange forskellige retninger for på den måde at cirkle rundt i sygefraværsfænomenets forskellige kroge. Man kunne berette om, hvordan forskelle i muligheden for at tilpasse arbejdsopgaverne til sin arbejdsevne producerede skel og kløfter på tværs af arbejdslivsrummet. Man kunne fæstne sin opmærksomhed ved informanternes syn på vor tids svar på de selvforskyldte sygdomme og de moralske overvejelser, der ligger der. Eller man kunne studse over, den minimale variation i kernearbejdsstyrkens syn på rimeligheden af at tage sygefravær i forskellige situationer, og hvordan det harmonerer med de ganske store forskelle, der alligevel kan observeres i de begrænsede 'billeder', der er vist frem her.

Det ville dog ikke ændre ved den bestemte afvisning af fuldkommenhed, der ligger til grund for denne måde at fremstille analysen på; en fremgangsmåde, der nemmere holder den forførende tanke om eksakte og virkelighedstro beskrivelser fra døren. For pointen er ingenlunde blot at levere beskrivelser, der er virkelighedstro, men også at pirke til de sprækker og forforståelser, der i den grad præger den hegemoniske forståelse af sygefravær, som noget entydigt dårligt, der fortjener så megen kamp som overhovedet mulig, og som noget entydigt letløseligt, der gennem enkle og standardiserede måder at skabe et positivt arbejdsklima kan annullere alle de ambivalenser, der knytter sig til fænomenets fremtræden. Så simpel er virkeligheden heldigvis ikke.

¹ At der er tale om 'billeder' skal forstås på den måde, at der i alle tilfælde er tale om beskrivelser og tematiseringer, der, ligesom det er tilfældet for fotografier, er stærkt begrænsede, fordi de aspekter af virkeligheden, som falder udenfor kameralinsens rækkevidde ekskluderes og måske fortegner 'virkeligheden'. På samme måde er de temaer og indgangsvinkler til sygefraværsfænomenet, der præsenteres igennem kapitlet begrænsede og selekterede, hvorfor de kun udgør én mulig version af 'virkeligheden'. Inspirationen til denne fremgangsmåde skal igen findes hos Adorno og Benjamin, og den måde at anvende de to tanker på Bech så elegant mestrer gennem *When Men Meet* (Bech, 1997). Jeg gør mig ingen illusioner om, at de billeder, og den 'montage', der er stillet op gennem dette kapitel, fuldt ud lever op til, de idealer Bech taler om. Men ved at præsentere resultaterne på denne måde bliver erfaringsmaterialets begrænsninger gjort mere tydelige end det ville have været tilfældet såfremt en mere systematisk tilgang havde været valgt.

² En beskrivelse af hvordan de 18 informanter blev samlet og valgt ud, og en beskrivelse af den spørgeguide, der lå til grund for interviewene kan findes i Appendiks 2.

³ Guldsmiden Keld besvarede også et skema, men det gik efterfølgende tabt, og trods forgæves forsøg på at opnå et nyt svar lykkedes det ikke.

⁴ Højrup's analyse af livsformer i *Det Glemte Folk* står her som epitomet på systematik, der gennemtænker nødvendigheden af bestemte kombinationer af empiriske forhold. Her følger de forskellige livsformer med nødvendighed af den analytiske model, der er skitseret, hvorfor der er en stringens i begrebsbrugen som er beundringsværdig, hvis det altså var den form for analyse man ønskede at nærme sig. Men da inspirationen her primært er Adorno vil en sådan systematiserende begrebsfunderet analyse stride grundlæggende mod det teoretiske udgangspunkt.

⁵ Analysen af forskellige retfærdiggørelsesregimer kunne med fordel have benyttet sig af Boltanski og Thévenot's meget spændende bog om forskellige verdener (Boltanski & Thévenot, 2006).

⁶ I sommeren 2006 stod amterne for at skulle lukke ned med udgangen af året, hvilket for Janniks vedkommende betyder, at vandmiljøområdet overgår fra amtsligt regi til at være en del af den statslige forvaltning istedet. Det indebærer ikke umiddelbart nogen fare for jobbet (der var udstedt en jobgaranti i forbindelse med reformen, som sikrede, at de regler, der gælder i forbindelse med fusioner indenfor den private sektor, også gjaldt for sammenlægningerne af kommuner og amter.

⁷ Eller også er det bare udtryk for det Bourdieu kalder 'smagen for nødvendighed': Når det nu ikke kan være anderledes for Jannik så bliver han nødt til at lære at elske den situation han er sat i fordi alternativet er ikke muligt (Bourdieu, 1984, s. 175).

⁸ Det var ikke et bevidst valg fra min side at få både leder og arbejdstager fra den samme virksomhed. Som det fremgår af appendiks 2 foregik udvælgelsen af respondenter delvist tilfældigt indenfor de forskellige udvalgte erhverv, og derfor var der altså tale om et tilfælde, som i denne sammenhæng jo var ganske frugtbart, fordi det giver mulighed for at se på den helt samme situation fra to forskellige vinkler. Det ville formentlig have været vanskeligt at gennemføre med deres vidende, idet ikke kan tages for givet, at de ville have været lige så gavmilde med deres beskrivelser, hvis de havde vidst, at jeg interviewede 'begge' sider.

⁹ Subsamplet består af statsansatte, ansatte i Århus og Københavns kommuner og medlemsvirksomhederne i Finanssektorens Arbejdsgiverforening se i øvrigt appendiks 1.

¹⁰ <http://www.ugebreveta4.dk/2008/200812/Baggrundoganalyse/Chefer-OestarbejdereErBedreEndDanskere.aspx>

¹¹ Arbejdsmarkedsstyrelsen angav i efteråret 2007, at der var 1981 ubesatte stillinger som hjemmehjælpere, og at der var sket en stigning på 20% i løbet af det sidste år, hvilket omregnet til 2006 giver 1584 ubesatte stillinger (se <http://www.ugebreveta4.dk/2008/200813/Baggrundoganalyse/HvideKitlerUdenPolskeNavne.aspx>).

Epilog

Konklusioner

Vi startede denne afhandling med at rejse spørgsmålet om, hvordan sygefraværsfænomenet ville se ud, hvis man i stedet for at lytte til politikerne eller økonomerne i Finansministeriet forsøgte at tage 'helt almindelige menneskers' perspektiv på fænomenet. Hvad ville deres syn på, at sygefraværet frem mod år 2015 skal reduceres med i gennemsnit 3,8 dag pr. erhvervsaktiv, være? Ligeledes var påstanden, at man ved at fokusere på sådanne 'almindelige mennesker' ville nå frem til andre måder at se fænomenet på. De hegemoniske forståelser af sygefraværsfænomenet som noget utvetydigt negativt, sådan som de bliver fremført i f.eks. den politiske debat, i medierne eller af de mest indflydelsesrige organisationer blandt arbejdsmarkedets parter, har nemlig masser af 'blinde' pletter, der umuliggør erkendelsen af andre væsentlige aspekter af fænomenet. Og slutteligt hævdede jeg, at det kunne og burde være *sociologien*, der påtog sig den opgave at forsøge at 'forene' de divergerende opfattelser af sygefraværsfænomenet og sætte dem i spil, ud fra visionen om sociologien som den videnskabelige arbejdsdelings 'syntetisør'.

Er disse påstande og løfter blevet indfriet? Det må være opgaven at samle op på det spørgsmål her på skriftets afsluttende sider. Og i stedet for den vanlige kronologiske opsummering af de primære fund, er det måske mere relevant at binde påstandene sammen gennem deres fælles relation til forskellige tematikker, der er forbundet til sygefraværsfænomenet.

Mod et lavere sygefravær?

De 'helt almindelige mennesker' ville formentlig synes, det var en god idé, at sygefraværet blev reduceret. Belært af de problemer sygefravær kan give på arbejdspladsen, når syge kollegaer skaber logistiske problemer, der skal løses af de tilbageværende. De danskere, der tilmed havde ledelsesansvar og f.eks. havde til opgave at udrede netop de problemer, der opstår som følge af sygefravær, ville være begejstrede over udsigten til at blive lettet for den byrde, det er at skulle planlægge sig ud af det, f.eks. ved at pålægge sig selv nogle af opgaverne, fordi disse ikke kan udskydes, og fordi der ikke er truffet foranstaltninger, som gør det muligt at dække den manglende arbejdskraft ind på andre måder. De selvstændige, hvis overskud bliver mindsket pga. lovgivningens krav om sygedagpenge og i mange tilfælde fuld løn under sygdom, ville også være glade. Virksomhedernes konkurrenceevne, der i disse globaliseringsudsatte tider er under pres, ville nemlig blive forbedret, til gavn for dem og virksomheden, men også til gavn for virksomhedens ansatte, som kunne være mere sikre på deres jobs fortsatte eksistens. Men nogle af de 'helt almindelige mennesker' ville måske også spørge sig selv, hvem det var af de 2.857.565 erhvervsaktive, som skulle tage mindre fravær? Om det var muligt for dem selv at skære næsten fire sygedage væk om året? Og svaret ville være, at det for en meget stor andel vedkommende (f.eks. de mere end 53%, der allerede havde færre end 4 sygedage) ikke kunne lade sig gøre – i hvert fald ikke uden, at de ville skulle møde syge op på arbejdet, selvom de følte, at det ville have været rimeligt at blive derhjemme.

For én af de blinde pletter i den hegemoniske forståelse af sygefraværsfænomenet handler om det næsten fuldstændige fravær af fokus på det faktum, at der er en meget stor andel af kernearbejdsstyrken, der i løbet af et år trods deres symptomer og tager på arbejde, selvom de føler, at de med rimelighed kunne

være blevet derhjemme. Og de 'helt almindelige danskere' ville nok være glade for, at der i det mindste var en erkendelse af dette forhold også. Faktisk kunne man jo polemisk hævde, at Danmark i virkeligheden har et problem med sygefraværet, der er af en helt anden karakter, end den som fremlægges i den hegemoniske forståelse af fænomenet: at sygefraværet er for lavt (for en lignende pointe se Kristensen, 2008), og at vi burde lave tiltag, der sikrede, at det ikke var nødvendigt af den ene eller anden grund, at folk i det 21. århundrede gik syge på arbejde.

Imod sygefraværsfænomenets historieløshed

En anden svaghed ved den hegemoniske forståelse af sygefraværsfænomenet er dets historieløshed. F.eks. kan det godt være, at der har været en svag stigning af sygefraværet (hvis man opgør den som den kumulative incidens) over de sidste 7-8 år (Johansen, Bihrmann, Mikkelsen & Lynge, 2009). Men hvis man ser på udviklingen i et endnu længere perspektiv, vil man konstatere, at det blot er fluktuationer over et niveau af fravær, der ellers har været stort set konstant siden indførslen af offentlig sygeforsikring i 1973. Mens dette skrifts sidste ord bliver nedfældet er sygefraværsfænomenet på vej til at blive håbløst uaktuelt igen – ikke mindst fordi de økonomiske konjunkturer er vendt og sygefraværet som forventet er faldende. Men hvis vi træder endnu længere tilbage i historien, opdager man helt andre facetter ved fænomenet, som man måske nok kan finde spor af i fænomenets nuværende fremtrædelsesform, men som nemt fortaber sig, hvis udgangspunktet alene er de sidste 10 år. Selvom der ingen nødvendighed er i, at andre discipliner er historieløse, har sociologien en særlig forpligtelse på og er særligt afhængig af det historiske, fordi 'historien er lagret i fænomener, der ser ud til at være stilstående og tidløse' (Adorno, 2000a, s. 146). Her er sygefraværsfænomenet et godt eksempel, fordi dette fænomen, der udgiver sig for at være universelt og uforanderligt, gemmer en lang historisk proces, der kan berige vores forståelse.

Sygefravær er et senmoderne fænomen. Ordet, der betegner fænomenet, opstår så sent som i slutningen af 1960'erne/starten af 1970'erne og signalerer et skifte, der gør de tilgrundliggende fænomener, som har en meget længere tidshorisont, til noget langt mere 'omstridt' end det havde været tidligere. Introduktionen af sygedagpenge fra første sygedag bandt arbejdsgivere og arbejdstagere tættere sammen og tvang arbejdsgiverne til at have en langt større interesse i deres medarbejderes helbred end det tidligere havde været nødvendigt. Måske kan man ligefrem hævde, at sygefraværet gennem disse ændringer blev politiseret på en anden og mere fundamental måde, end det havde været tilfældet før, hvor det var markedet (og det frie initiativ), der regulerede fænomenet. Når politikere fra forskellige partier og arbejdsmarkedets parter strides om sygefraværets konsekvenser og årsager hænger det netop sammen med den måde fænomenet i starten af 1970'erne blev gjort til et *kollektivt* problem, der skulle løses i forening mellem den sygemeldte, hendes arbejdsgiver og det offentlige. Gennemførslen af den offentlige sygeforsikring er i den forstand kulmination på en lang historisk proces, der skifter kurs forskellige gange i takt med, at andre aktører får eller tager ansvar, for det der tidligere var individers eller familiers eget problem. Måske forholder det sig sådan, at sygefraværsfænomenet har udviklet sig fra at være et fænomen med grund i livsverdenen, til ét der blev reguleret via markedet og som nu endelig er blevet koloniseret af staten, hvorfor det ikke længere er markedet der råder, men statens politiske rationalitet. Men at sygefraværsfænomenets status på denne måde er 'contested' og politiseret er altså ikke noget naturgivent, og måske vil transitionen til et samfund hinsides det moderne betyde endnu en omlægning af kursen eller at sygefraværsfænomenet – som vi kender det i dag - helt tilintetgøres.

Uarbejdsdygtighed er en universel tilstand. Og samspillet mellem dårligt helbred og arbejde forstået ifht arbejdsevne og uarbejdsdygtighed er selvfølgelig langt ældre end sygefraværsfænomenet – ja måske i

virkeligheden 'universel', i hvert fald hvis man tager udgangspunkt i en bred definition af hvad hhv. arbejde og helbred er. Selv vikingerne (og de mange jernaldersamfund før dem) måtte forholde sig til situationer, hvor deres medmennesker blev syge eller sårede. Visse samfundsmæssige formationer stiller større krav til kollektive reaktioner end andre – f.eks. er der ingen tvivl om, at migrationen til byerne i middelalderen var én af årsagerne til, at man fik et formaliseret system at forholde sig til uarbejdsdygtige igennem.

Sygefraværsfænomenets indbyggede moralitet. Men selvom fænomenet måske eksisterer universelt er reaktionerne på misforholdet mellem arbejdsopgaver og helbred langt fra universelle. Hån, tæsk og isolation var ikke usandsynlige reaktioner på uarbejdsdygtighed i vikingetiden, og blev kun langsomt afløst af forestillinger om næstekærlighed og barmhjertighedsgerninger rettet mod de værdigt trængende, der ulykkeligvis blev ude af stand til at forsørge sig selv på grund af sygdom. Og når vi i dag diskuterer sygefravær og insisterer på, at folk med brækkede ben og alvorlig kræftsygdom behandles på præcis den samme måde i retssamfundets hellige navn, ja så er det ikke udtryk for, at moralske domme er lagt endeligt bag os i vurderingen af uarbejdsdygtigheden, men blot at moralens grundformer har ændret karakter. Moralens indflydelse på sygefraværsfænomenet er universel, men det, der er at betragte som moralsk og umoralsk, er det ikke. Når 41% af medlemmerne af kernearbejdsstyrken i 2004 siger de går syge på arbejde pga. de sætter en ære i ikke at have noget sygefravær, er det også, fordi moral stadig spiller en rolle. Man kan være stolt af sig selv, fordi man ikke har noget sygefravær eller kæmper sig på arbejde på trods af symptomer. Man kan være forarget og finde det forkasteligt, at andre tager sygefravær i situationer, hvor man selv ville handlet anderledes. Men man kan kun føle sådan, fordi sygefraværsfænomenet i den grad indeholder moralske konnotationer; konnotationer, der ikke lader sig udskille, men som kontinuerligt spiller en rolle i såvel den offentlige debat om fænomenet, som i den politiske diskussion af, hvordan man bedst regulerer det.

Teoretiske implikationer

Sygefravær \neq sygdom. Sygefravær kan ikke – som det ofte gøres i den epidemiologisk dominerede sygefraværsforskning - reduceres til et proxy mål for sygdom eller helbred, selvom helbred selvfølgelig spiller en meget stor rolle. I de tilfælde, hvor der er et mismatch mellem arbejdsevne og arbejdsopgaver, består der næsten altid et valg, som fordrer, at sygefraværet må praktiseres reflektivt i forhold til de kontekstuelle faktorer, der hhv. taler for og imod at tage fravær. Når man ikke gør sig den ulejlighed at spørge de sygemeldte selv om de grunde, der er knyttet til deres fravær, så vil den kompleksitet og den kompetence, det fordrer at praktisere sygefraværet på en legitim måde, blive usynlig. Her er i hvert fald en anden af den etablerede sygefraværsforskningens blinde pletter. Og at der vitterligt er tale om kontekstuelle faktorer, kan man se gennem det utal af variationer i begrundelser, der bliver præsenteret for at have gået syg på arbejde, hvor beslutningen om sygefravær bliver vævet sammen med andre fænomener som f.eks. arbejdsløshed, solidaritet med kollegaer, omsorg for de mennesker man arbejder for og med og så fremdeles. Eller i de situationer, hvor sygefraværet vælges strategisk med det formål at restituere sig og gøre sig rede til at udstå de belastninger, som nogle gange findes på ens job. Sygefravær er på den måde en reflektiv praksis, der praktiseres forskelligt afhængigt af kontekstuelle forhold. Og af netop den grund er det ikke muligt at studere sygefraværsfænomenet på en tilfredsstillende måde ved udelukkende at fokusere på frekvensen af sygemeldinger eller deres længde. Ligesom det slet ikke giver mening, at fokusere på sygemeldinger alene uden samtidig at tage højde for de situationer, hvor sygemeldingen fravælges på trods af svækket arbejdsevne. Denne indsigt er klart tilstede i den arbejds- og

organisationspsykologiske litteratur om fravær, men findes ikke i den epidemiologiske del, hvorfor det er endnu en blind plet til samlingen.

Sygefravær er et delvist livsformsspecifikt fænomen. Dets eksistens beror nemlig i høj grad på specifikke forhold, der er knyttet til den kapitalistiske organisering af arbejdet og den deraf følgende position som lønmodtager. Det kommer tydeligst til udtryk i de vanskeligheder f.eks. selvstændige erhvervsdrivende har ved at applicere fænomenet på deres egen livsform. Den manglende opsplitning af tiden og den – i hvert fald historisk set - udbredte enhed af arbejdssted og hjem for selvstændige gør fraværdimensionen i sygefraværsfænomenet upræcis og problematisk. Men omvendt er sygefravær som en udfordring for de selvstændige qua deres medarbejders fravær på grund af sygdom et vigtigt aspekt af det at drive en virksomhed. Hvis Højrup's forestilling om lønmodtagerlivsformens gradvise forsvinden bliver endnu mere udtalt, end det er tilfældet i dag, kunne man stille spørgsmålet om det så også betyder sygefraværsfænomenets endeligt? I hvert fald er der ingen tvivl om, at afstandardiseringen af arbejdet og det mere og mere fleksible arbejde efterhånden gør det langt mindre relevant at tage sygefravær for en større og større del af befolkningen. Der er dog stadigvæk grupper med meget stærkt tid-sted-bundet arbejde, hvor sygefravær ikke forsvinder. Og den stærke sociale differentiering i disse forhold er et interessant perspektiv på fænomenet, der minder os om dets bundethed til samfundets grundlæggende klassestruktur. I den livsformsspecifikke måde at praktisere sygefraværet på træder til gengæld arbejds- og organisationspsykologiens begrænsninger tydeligere frem, fordi sådanne strukturelle forhold, der ændrer ved sygefraværsfænomenets elementer ikke kan rummes indenfor et perspektiv, der primært opererer med individuelle forskelle, der har sin grund i f.eks. personlighedstræk.

Men sygefraværsfænomenet er også underteoretiseret. Atomiseringen af forskningen i forskellige teoretiske paradigmer gør det legitimt at vælge blot ét sæt af antagelser, ja nogle ville endda mene, at det var nødvendigt at træffe et sådant valg mellem perspektiver. Men hvis sygefraværsfænomenet simultant er bestemt af økonomiske incitamenter, men også er skrevet ind i en generel stress model ligesom man kan forestille sig helt tredje forklaringsmodeller, der fremhæver f.eks. betydningen af normer på gruppeniveau, ja så nytter det ikke noget at fokusere snævert. For sygefraværsfænomenet er et *hele* – og det at tage sygefravær er ikke en atomiseret praksis, der den ene dag bestemmes af økonomiske incitamenter, den næste af stress og en tredje gang af de normer, der findes vedr. sygemeldinger på arbejdspladsen. Sygefraværet praktiseres reflektivt på en måde, så alle disse elementer integreres i personens rutinemæssige handlen *på én gang*. Det er sygefraværsfænomenets plads i disse rutiner, der må gøres til genstand for yderligere teoretisering, som kan bringe forskningen videre til et mere adækvat niveau.

Metodisk

Den udbredte brug af risikofaktortilgangen til at analysere sygefraværsfænomenet baner vejen for amputerede forståelser af såvel fænomenets reelle status, men også dets determinanter. Den reelle betydning af f.eks. arbejdsmiljøets betydning for sygefraværet undervurderes på det groveste, når man gang på gang fokuserer alene på de selvstændige effekter af denne eller hin faktor. Og når konteksten på den måde dekonstrueres som summen af enkeltfaktorer forsvinder den specifikke mening fænomenet har for forskellige grupper i forskellige dele af arbejdslivsrummet ud af syne.

Også her er sociologien tilgængelig som et attraktivt alternativ, fordi man ikke dogmatisk hævder, at én bestemt metode er bedre end en anden. I den her i afhandlingen anvendte version af sociologien må det være sygefravær-fænomenet, der får forrang og guider forskerne i retning af de til enhver tid mest relevante og mest givende metodiske greb, der kan bringe vores indsigt i fænomenet videre. Og det indebærer også, at når man studerer sygefravær-fænomenet, så er det ikke kun antal sygemeldinger, der er en relevant afhængig variabel, men også andre relaterede variable, der kaster lys over de øvrige fænomener, som sygefravær-fænomenet står i forbindelse til. Når sygefravær bruges af virksomheder til at sortere, hvem der skal fyres, eller hvem man vil arbejde sammen med, når man organiseres i teams, så må metoderne udbredes i stedet for dogmatisk at holde fast i én afhængig variabel. For det er først i erkendelsen af de mønstre, der opstår både i forhold til sygefravær som sådan, men også i relaterede fænomener, at der virkelig kastes lys over sygefravær-fænomenet, og hvilke processer, der leder frem til den måde, det fremstår på netop nu.

Praktisk anvendelige indsigter eller skolastiske ligegyldigheder?

Men er denne afhandlings svaghed ikke afgjort manglen på praktisk anvendelige indsigter for de helt almindelige virksomhedsejere eller HR-konsulenter, der forgæves måtte bladre dette skrift igennem i håbet om at finde et fif eller to, der kan hjælpe dem med at tackle deres helt reelle og meget konkrete problemer med sygefravær på arbejdspladsen? Er der ikke blot tale om skolastiske ligegyldigheder, som man så ofte finder det, når akademikere forsøger at tvinge højtravende idéer ned over virkelighedens materie, som har en helt anden grad af nødvendighed forbundet med sig?

At afhandlingen ikke har haft som mål at levere praktisk anvendelige indsigter gør ikke indsigelsen mindre relevant, men illustrerer måske blot yderligere den arrogance academia nogen gange viser overfor dem forskningen egentlig burde dreje sig om: de praktikere, der skal forholde sig til fænomenet i virkeligheden.

Men omvendt må man også spørge: hvis man skulle levere praktisk anvendelige indsigter, hvem skulle de så rette sig mod? Skulle det være fif, der nemt kunne tages i anvendelse med det formål at reducere sygefraværet, selvom det kunne resultere i, at nogen i stedet blev mere tilbøjelige til at gå syge på arbejde? Skulle det være opfordringer til, at folk skulle gå syge på arbejde mindre hyppigt, velvidende at et højere sygefravær ville medføre øgede omkostninger for virksomhederne, som måske i sidste ende måtte dreje nøglen om? Skulle det være forslag til danske politikere om at genindføre karensdagen, for på den måde at sætte de 'helt almindelige mennesker' fri af både politikernes og arbejdsgivernes politisering af deres helbred på trods af den armod, det ville kunne producere?

Når sygefraværet på den måde er et politisk betændt fænomen, fordi det ikke kan udlægges på én måde, der ville blive accepteret af alle. Blandt andet fordi der ikke er ét svar på, hvor syg man i virkeligheden

skal være, før det er rimeligt at blive hjemme, og hvornår det i hvert fald af nogen vil blive opfattet som pyller, der tangerede det moralsk forkastelige. Når det forholder sig sådan er det så bedst at tie eller skræppe op? Eller er det bedst at kritisere og hele tiden næsten eksklusivt argumentere negativt for, hvordan tingene i hvert fald ikke bør være – i stedet for at sætte hovedet på sømmet og anvise én mulig måde, der ville gøre samfundet bedre.

Hvad er denne afhandlings blinde plet? Begrænsninger og faldgruber

Det ligger i kortene, at det ikke er muligt præcist at identificere et givent perspektivs blinde plet. Men det er stadig muligt at pege på masser af begrænsninger, der indsnævrer udsigelseskraften af denne afhandling. Datasættet er indsamlet på ét tidspunkt i én bestemt historisk kontekst, det består af ét sæt spørgsmål, der kunne være valgt anderledes mhp at kaste lys over yderligere aspekter af fænomenet. Det består af en stærkt selekteret gruppe af 'healthy workers' og ignorerer derfor de mange syge arbejdere, som måske i virkeligheden er dem sygefraværsfænomenet er mest relevant for, blandt andet fordi det er dem, der vejer tungest i statistikken. Kun den afhængige variabel er longitudinel, hvorfor der er masser af begrænsninger på at kaste lys over samspillet mellem sygefravær og dets determinanter. Interviewene er udelukkende indsamlet i Vestjylland, den del af landet, hvor folk er allermest restriktive i deres syn på at tage fravær. Der fokuseres igen alene på de raske medarbejdere, hvorfor dem, der virkeligt havde noget at berette om det at være sygemeldt ikke kommer til orde. Erfaringsmaterialet er i det hele taget spredt over for mange områder, der på den måde umuliggør en tilbundsående behandling af disse på deres egne præmisser, i hvert fald hvis afhandlingen skulle være gjort færdig indenfor en rimelig tidshorisont.

Afhandlingen er også ramt af en hverdagssociologisk bias, der betyder, at den eksisterende sygefraværsforskning ikke kommer til sin ret i den grundighed og diversitet, der rent faktisk findes, når man dykker ned i specifikke sammenhænge mellem f.eks. én arbejdsmiljøfaktor og incidensen af sygemeldinger. Her kunne man have været meget mere grundig.

Men jeg bilder mig ind, at den helhedsorienterede tilgang også har sine meritter, fordi den – trods den manglende detaljegrad, når den sammenlignes med andre tilgange – formår at kaste lys over fænomenet og mønstre, der går på tværs, og som meget nemmere forsvinder, når man alene fokuserer på én specifik sammenhæng af gangen.

Hvorhen nu? Videre perspektiver på den sociologisk inspirerede sygefraværsforskning

Erkendelsen af, at denne afhandling kun giver et ganske beskedent bidrag til den etablerede sygefraværsforskning, peger indirekte også på, at der er rig mulighed for at arbejde videre i det sociologiske spor i analysen af sygefraværsfænomenet. Her skal kun anvises 3 postulater, der med fordel kunne danne udgangspunkt for en sådan videre færd:

- 1) Der bør arbejdes for den fuldkomne integration af sygefraværs- og sygenærversforskningen, der erkender, at de to begreber *ikke* er separate forskningsfelter, men hinandens forudsætninger.
- 2) Erkendelsen af, at sygefravær er en handling, fordrer, at det ikke længere nytter at fokusere snævert på kvantiteter alene (f.eks. frekvens og længde af sygemeldinger), men at man også må tage højde for den *mening* handlingen er tillagt for at nå videre.

3) Betydningen af et samlet blik på konteksten og dermed det samspil, der opstår mellem arbejds- og levevilkår og forskellige grupperes holdninger og normer mm. Først gennem inddragelsen af denne kontekst bliver det nemlig muligt at forstå, hvordan de enkelte forhold spiller sammen og skaber unikke situationer, der nogle gange fungerer som barrierer for at tage sygefravær og andre gange agerer katalysatorer. Uden en samlet forståelse af konteksten vil én ændring muligvis føre til utilsigtede konsekvenser, der modarbejder de mål, man oprindeligt havde med ændringen.

Litteratur

- Abbott, A. 1988 "Transcending General Linear Reality" i *Sociological Theory*, Vol. 6, pp. 169-86
- 1997 "Of Time and Space: The Contemporary Relevance of the Chicago School" i *Social Forces*, Vol. 75(4), pp. 1149-82
- Adorno, T.W. 1970 *Negative Dialektik. Gesammelte Schriften. Band 6*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- 1972 "Sociologi og empirisk forskning" i *Kritiske modeller*. København: Rhodos, pp. 153-75
- 1973 *Negative Dialectics*. London: Routledge
- 1976a "Introduction" i Adorno et. al., *The Positivist Dispute in German Sociology*. London: Heinemann, pp. 1-67.
- 1976b Introduction to the Sociology of Music. New York: Seabury Press
- 1976c "On the Logic of the Social Sciences" in Adorno et al., *The Positivist Dispute in German Sociology*. London: Heinemann, pp. 105-122.
- 1976d "Sociology and Empirical Research" in Adorno et. al., *The Positivist Dispute in German Sociology*. London: Heinemann, pp. 68-86.
- 1985 "The Idea of Natural History" i *Telos*, Vol. 57, pp. 97-110
- 1987 *Minima Moralia. Refleksioner fra det beskadigede liv*. Århus: Modtryk
- 1992a "Parataxis: On Hölderlin's Late Poetry" i *Notes to Literature. Volume Two*. New York: Columbia University Press, pp. 109-49
- 1992b "Zemlinsky" i *Quasi una Fantasia. Essays on Modern Music*. London: Verso, pp. 111-29
- 1998a "Education after Auschwitz" i *Critical models : interventions and catchwords*. New York: Columbia University Press, pp. 191-204
- 1998b "On Subject and Object" i *Critical models : interventions and catchwords*. New York: Columbia University Press, pp. 245-58
- 2000a *Introduction to Sociology*. Cambridge: Polity Press
- 2000b *Metaphysics. Concept and Problems*. Cambridge: Polity Press
- Adorno, T. & Jaerisch, U. 1972 "Anmerkungen zum sozialen Konflikt heute" i *Soziologische Schriften I. Gesammelte Schriften Band 8*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, pp. 177-95
- Ajzen, I. 1991 "The theory of planned behavior" i *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, Vol. 50, pp. 179-211.
- Ajzen, I., Brown, T. 2004 "Explaining the discrepancy between intentions and actions: The case

- C., & Carvahal, F. of hypothetical bias in contingent valuation” i *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 30, pp. 1108-21.
- Alexanderson, K. 1995 *Sickness absence in a Swedish county with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood*. Linköping University Medical Dissertations. No. 471. Linköping: Department of Community Medicine.
- 1998 “Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposures and theories utilized” i *Scandinavian Journal of Social Medicine*, Vol. 26, No. 4, pp. 241-9
- Alexanderson, K. & 2004 “More and better research needed on sickness absence” i *Scandinavian Hensing, G. Journal of Public Health*, Vol. 32, No. 5, pp. 321-323
- Alexanderson, K. & 2004a “Chapter 1. Aim, background, key concepts, regulations, and current Norlund, A. statistics” i *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 32, Supplement 63, pp. 12-30
- Alexanderson, K. & 2004b “Chapter 2. Methods used for the systematic literature search and for Norlund, A. the review of relevance, quality, and evidence of studies” i *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 32, Supplement 63, pp. 31-5
- Allebeck, P. & 2004a “Chapter 3. Causes of sickness absence: research approaches and Mastekaasa, A. explanatory models” i *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 32, Supplement 63, pp. 36-43
- Allebeck, P. & 2004b “Chapter 5. Risk factors for sick leave - general studies” i *Scandinavian Mastekaasa, A. Journal of Public Health*, Vol. 32, Supplement 63, pp. 49-108
- Andersen, J., Haahr, J. 2007 ”Risk Factors for More Severe Regional Musculoskeletal Symptoms. & Frost, P. A Two-Year Prospective Study of a General Working Population” i *Arthritis & Rheumatism*, Vol. 56(4), pp. 1355–64
- Andersen, O., 2005 *Dødelighed og erhverv. 1996-2000*. København: Danmarks Statistik.
- Laursen, L. & Petersen, J.
- Andersen, L., Kines, 2007 “Owner Attitudes and Self Reported Behavior Towards Modified P. & Hasle, P. Work After Occupational Injury Absence in Small Enterprises: A Qualitative Study” i *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol. 17(1), pp. 107-21
- Andersen, P. & Væth, 1984 *Statistisk analyse af overlevelsedata ved lægevidenskabelige undersøgelser*. M. København: FADL’s Forlag
- Ankestyrelsen 2006 *Førtidspensioner: Årsstatistik 2005. Ankestyrelsens statistikker*. København: Ankestyrelsen.
- Arbejdsmarkeds- 2009 *Velfærd kræver arbejde*. August 2009. København: kommissionen Arbejdsmarkedskommissionen.

- Aronsson, G., & Gustafsson, K. 2005 "Sickness Presenteeism: Prevalence, Attendance-Pressure Factors, and an Outline of a Model for Research" in *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 47, pp. 958-66
- Ashford, S., Lee, C. & Bobko, P. 1989 "Content, causes, and consequences of job insecurity: A theory-based measure and substantive test." i *Academy of Management Journal*, Vol. 4, pp. 803–829.
- Atkin, R. & Goodman, P. 1984 "Methods of Defining and Measuring Absenteeism" i Goodman & Atkin (Eds.) *Absenteeism. New Approaches to understanding, measuring and managing employee absence*. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 47-109
- Aubert, W. 1964 *Sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Avnstrøm, A. & Poulsen, S. 2006 *Danske rygepolitik - policyanalyse af den statslige rygepolitik - om passiv rygning*. Speciale. Roskilde: RUC. (<http://hdl.handle.net/1800/2112>)
- Balvig, F. 2006 *Danskernes syn på straf*. København: Advokatsamfundet.
- Barmby, T. & Stephen, G. 2000 "Worker Absenteeism: Why Firm Size May Matter" i *The Manchester School*, Vol. 68(5), pp. 568-77
- Bartholomew, D., Steele, F., Moustaki, I. & Galbraith, J. 2002 *The analysis and interpretation of multivariate data for social scientists*. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC
- Bauman, Z. 1989 *Modernity and the Holocaust*. Cambridge: Polity Press
- Bech, H. 1997 *When Men Meet. Homosexuality and Modernity*. Chicago: University of Chicago Press.
- Beck, U. 1992 *Risk Society. Towards a New Modernity*. London: Sage Publications
- Beechey, V. 1988 "Rethinking the Definition of Work" I J. Jenson, E. Hegan, & C. Reddy (Eds.), *Feminization of the Labor Force. Paradoxes and Promises*. Cambridge: Polity Press, pp. 45-62
- Bellaby, P. 1999 *Sick From Work. The body in employment*. Aldershot: Ashgate
- Benhabib, S. 1986 *Critique, Norm and Utopia. A Study of the Foundations of Critical Theory*. New York: Columbia University Press
- Benjamin, W. 1998 *The Origin of German Tragic Drama*. London: Verso
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G., Josephson, M. 2009 "Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism." i *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 51(6), pp 629-638

- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Lindh, T., Aronsson, G. & Josephson, M. 2009 "Does sickness presenteeism have an impact on future general health?" i *International Archives of Occupational and Environmental Health*, doi: 10.1007/s00420-009-0433-6
- Bernstein, J. 2001 *Adorno. Disenchantment and Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press
- Beskæftigelsesministeriet 2008 *Analyse af sygefraværet. April 2008*. København: Beskæftigelsesministeriet.
- Betænkning 1862 *Betænkning fra den ved Indenrigsministeriets Resolution af 18de November 1861 nedsatte Commission til Udarbejdelsen af et Normaludkast til Vedtægter for Sygekasser og lignende Foreninger*. København: Indenrigsministeriet.
- 1887 *Betænkning afgivet af den af Indenrigsministeriet d. 4. Juli 1885 til Overvejelse af Spørgsmaalene om Sygekassernes Ordning og om Arbejdernes Sikring mod Følgerne af Ulykkestilfælde under Arbejdet nedsatte Kommission*. København: Indenrigsministeriet.
- 1959 *Betænkning om den offentlige sygeforsikring. Betænkning nr. 226. Afgivet af Sygeforsikringskommissionen af 1954*. København: Statens Trykningskontor
- 1969 *Det sociale tryghedssystem. Struktur og dagpenge. Betænkning nr. 543. Socialreformkommissionen af 1964*. København: Socialministeriet
- Bloch, E. 1986 *The Principle of Hope. Volume Two*. Cambridge: MIT Press
- Blumer, H. 1956 "Sociological Analysis and the 'Variable'" i *American Sociological Review*, Vol. 21(6), pp. 683-90
- Boltanski, L. & Chiapello, E. 2005 *The New Spirit of Capitalism*. London: Verso
- Boltanski, L. & Thévenot, L. 2006 *On Justification. Economies of Worth*. Princeton: Princeton University Press
- Borritz, M., Bültmann, U., Rugulies, R., Christensen, K., Villadsen, E. & Kristensen, T. 2005 "Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: Findings from 3-year follow up of the PUMA study." i *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 47(10), pp. 1015-25.
- Borritz, M., Rugulies, R., Christensen, K., Villadsen, E. & Kristensen, T. 2006 "Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from 3-year follow-up of the PUMA study." i *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 63(2), pp. 98-106.
- Bourdieu, P. 1984 *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*. London: Routledge

- 1996a *The Rules of Art. Genesis and Structure of the Literary Field*. Cambridge: Polity Press
- 1996b *The State Nobility*. Cambridge: Polity Press
- 1998 "Social Space and Symbolic Space" i *Practical Reason*. Cambridge: Polity Press, pp. 1-18
- 2005 *Viden om viden og refleksivitet. Forelæsninger på Collège de France 2000-2001*. Hans Reizels Forlag. København
- Bourdieu, P.,
Chamboredon, J. &
Passeron, J. 1991 *The craft of sociology: epistemological preliminaries*. Berlin: Walter de Gruyter
- Bourdieu, P. &
Wacquant, L. 1996 *Refleksiv sociologi – mål og midler*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Brandt, A.M. 1997 "Behavior, Disease, and Health in the Twentieth-Century United States" i *Brandt, A.M. & Rozin, P. (red.) Morality + Health*. New York: Routledge, pp. 53-77
- Brandth, B. 1982 "Fravær som mestringsstrategi" i *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, Vol. 23, pp. 477-497
- Brante, T. 1985 "Paradigmteorin och samhällsvetenskaperna" i *Häftan för kritiska studier*, Vol. 18, nr. 3, pp. 6-28
- Breen, R. 1997 "Risk, Recommodification and Stratification" i *Sociology*, Vol. 31(3), pp. 473-489
- Bryman, A. 1984 "The Debate about Quantitative and Qualitative Methods: A Question of Method or Epistemology?" i *The British Journal of Sociology*, Vol. 35(1), pp. 75-92
- Buchanan, A., Brock,
D., Daniels, N. &
Wikler, D. 2000 *From Chance to Choice. Genetics and Justice*. New York: Cambridge University Press
- Buck-Morss, S. 1977 *The Origin of Negative Dialectics. Theodor W. Adorno, Walter Benjamin, and the Frankfurt Institute*. New York: The Free Press
- 2000 *Dreamworld and Catastrophe. The Passing of Mass Utopia in East and West*. Cambridge: MIT Press.
- Burr, H., Bach, E.,
Gram, H. & Villadsen,
E. 2006 *Arbejdsmiljø i Danmark 2005 - et overblik fra den Nationale ArbejdsmiljøKohorte*. København: Arbejdsmiljøinstituttet
- Burr, H., Bjorner, JB.,
Kristensen, TS.,
Tüchsen, F., & Bach,
E. 2003 "Trends in the Danish work environment in 1990-2000 and their associations with labor-force changes" in *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Vol. 29, nr. 4, pp. 270-9

- Buttner, E. 1992 "Entrepreneurial stress: Is it hazardous to your health?" i *Journal of Managerial Issues*, Vol. 4, pp. 223-240.
- Calhoun, Craig 1993 "Habitus, Field, and Capital: The Question of Historical Specificity" in Calhoun, C. et al (Eds.), *Bourdieu. Critical Perspectives*. Cambridge: Polity Press, pp. 61-88
- Cassirer, E. 1923 *Substance and Function and Einstein's Theory of Relativity*. New York: Dover Publications
- Castells, M. 2003 *Netværkssamfundet og dets opståen. Informationsalderen: Økonomi, samfund og kultur. Bind 1*. København: Hans Reitzels Forlag
- Christensen, K., Lund, T., Labriola, M., Bültmann, U. & Villadsen, E. 2007 "The Impact of Health Behaviour on Long Term Sickness Absence: Results from DWECS/DREAM" i *Industrial Health*, Vol. 45(2), pp. 348-51
- Christiansen, N.F & Petersen, K. 2004 "Velfærd med vilje – men hvis?" i *Ploug, N., Henriksen, I. & Kærgård, N. (red.) Den danske velfærdsstats historie. En antologi*. København: Socialforskningsinstituttet. 04:18, pp. 142-170
- Conrad, P. & Schneider, J. 1992 *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press
- Cook, D. 2004 *Adorno, Habermas, and the Search for a Rational Society*. London: Routledge
- Cormack, M. 1997 "Fact and Fiction in the Icelandic Sagas" i *History Compass* Vol. 5 No. 1, pp. 188–204
- Csonka, A. & Boll, J. 2000 *Home care in Denmark. SFI Working Paper, nr. 12*. København: The Danish National Institute of Social Research.
- Dahl, H. 2005 *Hvis din nabo var en bil. En bog om livsstil*. København: Akademisk Forlag
- Dansk Arbejdsgiverforening 2002 *Arbejdsmarkedsrapport 2002. Tema: Sygefravær*. København: Dansk Arbejdsgiverforening.
- 2005 *FraværsStatistik 2004*. København: DA
- De Witte, H. 2005 "Job insecurity: review of the international literature on definitions, prevalence, antecedents and consequences." i *SA Journal of Industrial Psychology*, Vol. 31, pp. 1–6.
- Dean, M. 1999 *Governmentality. Power and Rule in Modern Society*. London: Sage Publications
- Dean, H. & Melrose, M. 1996 "Unravelling citizenship. The significance of social security benefit fraud" i *Critical Social Policy*, Vol. 16, No. 48, pp. 3-31
- Dodier, N. 1985 "Social uses of illness at the workplace: sickleave and moral evaluation" i *Social Science & Medicine*, Vol. 20(2), pp. 123-8

- Doll, R. & Hill, A. 1954 "The mortality of doctors in relation to their smoking habits: a preliminary report" i *British Medical Journal*, pp. 1451-5.
- Dubin, J. & Rivers, D. 1989 "Selection Bias in Linear Regression, Logit and Probit Models" in *Sociological Methods Research*, Vol. 18, pp. 360-90
- Due, J. 1972 *Fravær på arbejdspladsen : med særlig henblik på fravær med sygdom som angivet årsag*. Århus: Århus Universitet
- Durkheim, E. 1951 *Suicide. A study in sociology*. London: The Free Press
- 1984 *The Division of Labor in Society*. New York: Free Press
- 2000 *Den sociologiske metodes regler*. København: Hans Reitzels Forlag
- Edwards, P. 1986 *Conflict at Work. A Materialist Analysis of Workplace Relations*. Oxford: Basil Blackwell
- Elias, N. 1983 *The Court Society*. Oxford: Blackwell
- Elstad, J. & Vabø M. 2008 "Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care" in *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 36, pp. 467-74
- Esping-Andersen, G. 1990 *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. 1982 "Class coalitions in the making of West European economies" in *Political Power and Social Theory*, Vol. 3, pp. 1-52
- & Friedland, R.
- Fay, D. & Sonnentag, S. 2002 "Rethinking the effects of stressors: A longitudinal study on personal initiative." i *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 7(3), pp. 221-234.
- Feeney, A., North, F., Head, J., Canner, R. & Marmot, M. 1998 "Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the Whitehall II study" i *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 55, pp. 91-98
- Felstead, A., Burchell, B. and Green, F. 1998 "'Insecurity at Work: Is Job Insecurity Really Much Worse Now Than Before?'" i *New Economy*, Vol. 5(4), pp. 180-4
- Fenger, O. 2002 *Kirker rejses alle vegne. 1050-1250. Gyldendal og Politikens Danmarks historie. Bind 4*. København: Gyldendal
- Finansministeriet 2005 *Danmarks nationale reformprogram. Bidrag til EU's vækst og beskæftigelsesstrategi (Lissabon-strategien)*. København: Finansministeriet.
(<http://www.fm.dk/Publikationer/2005/Danmarks%20nationale%20reformprogram%20-%20Bidrag%20til%20EU's%20vaekst-%20og%20beskaeftigelsesstrategi%20Lissabon-strategien/1%20Den%20oekonomiske%20ramme.aspx>)
- Finanssektorens Arbejdsgiverforening 2006 *FA Orientering. 14 årgang. Nr. 1*. København: Finanssektorens Arbejdsgiverforening

- Franzosi, R. 2004 *From Words to Numbers. Narrative, Data, and Social Science*. Cambridge: Cambridge University Press
- Freedman, D. 1991 "Statistical Models and Shoe Leather" i *Sociological Methodology*, Vol. 21, pp. 291-313
- Frederiksen, 1985 *Staten og sygekasserne. En historisk og mediesociologisk undersøgelse af 'Sygekassetidende' 1890'erne- 1930'erne*. Upubliceret speciale. Roskilde: RUC
- Foucault, M. 1977 *Discipline and Punish. The Birth of the Prison*. London: Penguin
- 1978 *The History of Sexuality. Volume I: An Introduction*. New York: Random House
- FTF 2007 "Det offentlige langt bagud med fryns" i *Resonans*. Nr. 12. København: FTF (<http://www.ftf.dk/magasinet-resonans/nummer/artikel/det-offentlige-langt-bagud-med-fryns/>)
- Gardiner, M. 2005 "Marxisme, modernitet og utopi" Jacobsen & Kristiansen (red), *Hverdagslivet. Sociologier om det upåagtede*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 133-64
- Giddens, A. 1971 *Capitalism & Modern Social Theory. An analysis of the writings of Marx, Durkheim and Max Weber*. Cambridge: Cambridge University Press
- 1984 *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Polity Press
- 1993 *New Rules of Sociological Method. A Positive Critique of Interpretative Sociologies. 2nd Edition*. Cambridge: Polity Press
- Goldthorpe, J. 2000 "Social Class and the Differentiation of Employment Contracts" i *On Sociology. Numbers, Narratives, and the Integration of Research and Theory*. New York: Oxford University Press, pp. 206-29
- Goode, W. 1960 "A Theory of Role Strain." i *American Sociological Review*, Vol. 25(4), pp. 483-496.
- Gostin, L. 1997 "The Legal Regulation of Smoking (and Smokers): Public Health or Secular Morality?" i Brandt, A.M. & Rožin, P. (red.) *Morality + Health*. New York: Routledge, pp. 359-78
- Greenhalgh, L. & Rosenblatt, Z. 1984 "Job Insecurity: Toward Conceptual Clarity" i *The Academy of Management Review*, Vol. 9(3), pp. 438-448
- Greenhaus, J., & Beutell, N. 1985 "Sources of Conflict Between Work and Family Roles." i *Academy of Management Review*, Vol. 10(1), pp. 76-88.
- Gundelach, P. 2002 "Værtdiopløsning eller værdiforandring" i Gundelach, P. (red). *Danskernes værdier. 1981-1999*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 44-75

- Habermas, J. 1971a *Borgerlig offentlighed. Henimot en teori om det borgerlige samfund*. Oslo: Fremad
- 1971b *Knowledge and Human Interests*. Boston: Beacon Press
- 1976 *Legitimation Crisis*. Cambridge: Polity Press
- 1984 *The Theory of Communicative Action. Vol. 1. Reason and the Rationalization of Society*. Cambridge: Polity Press
- 1987a "Technology and Science as 'Ideology'" i *Toward a Rational Society*. Cambridge: Polity Press, pp. 81-122
- 1987b *The Philosophical Discourse of Modernity. Twelve Lectures*. Massachusetts: MIT Press
- 1987c *The Theory of Communicative Action. Vol. 2. System and Lifeworld*. Cambridge: Polity Press
- Hackett, R., Bycio, P. & Guion, R. 1989 "Absenteeism Among Hospital Nurses: An Ideographic-Longitudinal Analysis" i *Academy of Management Journal*, Vol. 32, No. 2, pp. 424-453
- Hamberg K., Johansson E., Lindgren G., Westman G. 1997 "The impact of marital relationship on the rehabilitation process in a group of women with long-term musculoskeletal disorders." i *Scandinavian Journal of Social Medicine*, Vol. 25, pp. 17-25.
- Hansen, C. 2004 *Adorno and Social Physiognomics. Towards a Reconstruction of Theodor W. Adorno's Dialectical Sociology*. Speciale. Aalborg: Aalborg Universitet
- Hansen, C. & Andersen, J. 2007 *'Double-burdens', work-family conflicts and sickness absence - re-examining gender differences in long term sickness absence*. Upubliceret manuskript. Herning: Arbejdsmedicinsk Klinik.
- 2008 "Going ill to work – what personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism?" i *Social Science & Medicine*, Vol. 67, pp. 956-64
- 2009 "Sick at work – a risk factor for long-term sickness absence at a later date?" i *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 63, pp. 397-402
- Hansen, C., Andersen, J. & Mikkelsen, S. 2007 *Attitudes toward sickness absence – what effect do they have on future sickness absence?* Upubliceret manuskript. Herning: Arbejdsmedicinsk Klinik.
- Hansen, H. 1974 *Historien om Sygekasserne*. Aalborg: De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark
- Harrison, B. 1994 "The small firms myth" i *California Management Review*, Vol. 36(3), pp. 142-58
- Harrits, G. 2005 *Hvad betyder klasse? En rekonstruktion af klassebegrebet med henblik på en analyse af sammenhængen mellem klasser og politisk deltagelse i Danmark. Bind I. Ph.d.-afhandling*. Århus: Politica

- Hensing, G.,
Alexanderson, K.,
Allebeck, P., &
Bjurulf, P. 1998 "How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures" i *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol. 26, No. 2, pp. 133-144
- Hjellbrekke, J. 1999 *Innføring i korrespondanceanalyse*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget
- 2007 "Velgjarrommets geometri: ein analyse av Valundersøkinga 2001" i Gåsdal, O., Løyning, T., Hjellbrekke, J. & Brusdal, R. (red.) *Makt, mening og struktur. Festskrift til Sigmund Grønmo*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, pp. xx-xx
- Hochschild, A. 2003 *The Second Shift*. New York: Penguin Books
- Holm, K.,
Hummelgaard, H.,
Mikkelsen, P. &
Rieper, O. 1986 Sygefravær og karensdag. København: AKFs Forlag.
- Honneth, A. 1995 *The Struggle for Recognition. The Moral Grammar of Social Conflicts*. Cambridge: Polity Press
- Hosmer, D. &
Lemeshow, S. 1989 *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons
- Höög, J. 1985 *Arbetsstillfredsställelse och frånvaro*. PhD-afhandling. Socialmedicin, Univ. Umeå, 1985.
- Hullot-Kentor, B. 1985 *The Problem of Natural History in the Philosophy of Theodor W. Adorno*. Ph.D. Dissertation. University of Massachusetts. Department of Comparative Literature.
- Hundley, G. 2001 "Why and When Are the Self-Employed More Satisfied with Their Work?" i *Industrial Relations*, Vol. 40(2), pp. 293-316
- Hvidt, K. 2004 *Det folkelige gennembrud. 1850-1900. Gyldendal og Politikens Danmarks historie. Bind 11*. København: Gyldendal
- Højrup, T. 1983 *Det glemte folk. Livsformer og centraldirigering*. Hørsholm: Statens Byggeforskningsinstitut.
- Illich, I. 1976 *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Harmondsworth: Penguin Books
- Ingerslev, O. &
Pedersen, L. 1996 *Marginalisering. 1990-1994*. København: Socialforskningsinstituttet. 96:19
- Ingham, G. 1967 "Organizational Size, Orientation to Work and Industrial Behaviour" i *Sociology*, Vol. 1(3), pp. 239-58
- Islandske Sagaer 1998 *Islandske Sagaer. Egils Saga. Njals Saga*. København: Aschehoug

- Jacobsen, M. 2008 "Public Sociology. Towards a Triple Hermeneutic" in Jacobsen, M.H. (ed.) *Public Sociology. Proceedings of the Anniversary Conference Celebrating Ten Years of Sociology in Aalborg*. Aalborg: Aalborg University Press, pp. 7-55
- Jacobsen, M. & Kristiansen, S. 2005 "Hverdagslivssociologiens variationer" i Jacobsen & Kristiansen (red), *Hverdagslivet. Sociologier om det upåagtede*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 9-40
- Jansen, H.M. 1995 *Fra almisse til sygekasse. Træk af sygeforsorgens historie I Danmark fra middelalderen til vor tid*. København: Sygekassernes Helsefond
- Jarvis, S. 1998 *Adorno. A Critical Introduction*. New York: Routledge
- Jensen, G. 1973 *Konen og æggene*. København: Gyldendal
- Jensen, C., Lund, T., Mossing, R., Nielsen, M., Labriola, M., Burr, H. & Villadsen, E. 2002 *Arbejds miljø og fravær*. København: Arbejds miljøinstituttet.
- Jensen, T. 1987 "Retliggørelse som kolonialisering af livsverdenen. Habermas' analyse af retten i den moderne velfærdsstat." i *Retfærd – Nordiske Juridiske Tidsskrift*, Vol. 36, pp. 18-35
- Jewson, N. 1976 "The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology, 1770-1870" i *Sociology*, Vol. 10, No. 2, pp. 225-244
- Johansen, K., Andersen, J., Mikkelsen, S., Pass, O., Raffnsøe, S. & Lynge, E. 2008 "Controlling sickness absence: A study of changes in the Danish sickness absence legislation since 1973" i *Health Policy*, Vol. 86, No. 1, pp. 109-118
- Judge, T. & Martocchio, J. 1996 "Dispositional Influences on Attributions Concerning Absenteeism" i *Journal of Management*, Vol. 22(6), pp. 837-61.
- Johansen, K., Bihrmann, K., Mikkelsen, S. & Lynge, E. 2009 "Trends in Sickness Absence in Denmark" i *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Vol. 35(5), pp. 334-41
- Johansson, G., & Lundberg, I. 2004 "Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model" in *Social Science & Medicine*, Vol. 58, pp. 1857-1868
- Johns, G. 1997 "Contemporary research on absence from work: correlates, causes and consequences" i *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, Vol. 12, pp. 115-73

- Johns, G. & Nicholson, N. 1982 "The Meanings of Absence: New Strategies for Theory and Research" i Staw, B. & Cummings, L. (eds.) *Research in Organizational Behavior*, Vol. 4, pp. 127-72
- Johns, G. & Xie, J.L. 1998 "Perceptions of Absence from Work: People's Republic of China Versus Canada" i *Journal of Applied Psychology*, Vol. 83, No. 4, pp. 515-530
- Kampmann, G. 1950 "Loven om husmoderafløsning" i *Nationaløkonomisk Tidsskrift*, Bind 88, pp. 157-60
- Karasek, R.. & Theorell, T. 1990 *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books
- Khoury, M., Beaty, T. & Cohen B. 1993 *Fundamentals of genetic epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Kim, J. & Mueller, C. 1978 *Factor Analysis: Statistical Methods and Practical Issues*. Quantitative Applications in the Social Sciences. No. 14. Newbury Park: Sage.
- King, J. 2000 "White Collar Reactions to Job Insecurity and the Role of the Psychological Contract: Implications for Human Resource Management" i *Human Resource Management*, Vol. 39(1), pp. 79-92
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Thomson, L., Griffiths, A., Cox, T. & Pentti, J. 1997 "Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline" i *Journal of Applied Psychology*, Vol. 82(6), pp. 858-72
- Kiwimäki, M., Head J., Ferrie J., Hemingway H., Shipley M., Vahtera J., & Marmot M. 2005 "Working While Ill as a Risk Factor for Serious Coronary Events: The Whitehall II Study" i *American Journal of Public Health*, Vol. 95, No. 1, pp. 98-102
- Kiwimäki, M., Vahtera J., Pentti, J. & Ferrie J. 2000 "Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study" i *BMJ* Vol. 320, pp. 971-5
- Kleppa, E., Sanne, B. & Tell, G. 2008 "Working overtime is associated with anxiety and depression: the Hordaland Health Study." i *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 50(6), pp. 658-66.
- Knudsen, H. 1980 *Disciplinering til lønarbejde. Eller hvordan vi lærte at elske lønarbejdet, men måske ikke lærer det så godt længere*. Aalborg: Institut for Uddannelse og Socialisering, Aalborg Universitetscenter.
- Konkurrencestyrelsen 2009 *Konkurrenceredegørelse 2009*. København: Konkurrencestyrelsen
- Kreiner, S. 1999 *Statistisk problemløsning. Præmisser, teknik og analyse*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

- Krieger, N. 1994 "Epidemiology and the Web of Causation: Has anyone seen the spider?" i *Social Science and Medicine*, Vol. 39, No. 7, pp. 887-903
- Kristensen, T. 1991 "Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour" i *Social Science and Medicine*, Vol. 32, No. 1, pp. 15-27
- 2008 Mytedræber. Danskernes sygefravær er lavt. *Kronik i Politiken*. 18. December, 2008.
- Kristensen, T., Smith-Hansen, L. & Nielsen M. 2006 *Absence from work. A question of attitude? Results from the intervention project on absence and well-being study (IPAW)* København: Det Nationale forskningscenter for Arbejds miljø (www.ami.dk/presentations/ipaw-pres.pdf)
- Krogh, T. 1994 "Filantropibegrebet mellem næstekærlighed, liberal politik og solidaritet" i *Den Jyske Historiker*, Nr. 67, pp. 7-16
- Labisch, A. 2002 "Health in the Era of Molecular Medicine – A Historical Perspective" i Gimmeler, A., Lenk, C. & Aumüller, G. (Eds) *Health and Quality of Life. Philosophical, Medical and Cultural Aspects*. Münster: LIT Verlag, pp. 199-217
- Lausten, M. & Sjørup, K. 2003 *Hvad kvinder og mænd bruger tiden til – om tidsmæssig ligestilling i danske familier*. København: SFI (03:08).
- Leichter, H. 1997 "Lifestyle Correctness and the New Secular Morality" i Brandt, A.M. & Rožin, P. (red.) *Morality + Health*. New York: Routledge, pp. 359-78
- Leino-Arjas, P., Liira, J., Mutanen, P., Malmivaara, A. & Matikainen, E. 1999 "Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study" i *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 319, pp. 600-5
- Le Roux, B. & Rouanet, H. 2004 *Geometric Data Analysis. From Correspondence Analysis to Structured Data Analysis*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers
- LO 2002 *Det pletfri arbejdsmiljø. LO's strategi for et godt arbejdsmiljø, 2002 – 2005*. København: Landsorganisation i Danmark (LO)
- Luhmann, N. 1997 "Risiko og fare" i *Iagttagelse og Paradoks*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 155-201.
- Lukács, G. 1971 "Reification and the Consciousness of the Proletariat" i *History and Class Consciousness*. London: Merlin Press, pp. 83-222
- MacDermid, S. 2000 *The Measurement of Work/Life Tension: Recommendations of a Virtual Think Tank*. Chestnut Hill: Boston College Center for Work & Family
- Manski, C. & Straub, J. 2000 *Worker Perceptions of Job Insecurity in the Mid-1990's: Evidence from The Survey of Economic Expectations*. NBER Working Paper No. 6908. Cambridge: National Bureau of Economic Research

- Marcuse, H. 1956 *Eros and Civilization. A Philosophical Inquiry into Freud*. London: Routledge
- Marmot, M., Feeney, A., Shipley, M., North, F. & Syme, S. 1995 "Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study" i *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 49, pp. 124-30
- Marshall, T.H. 1992 *Citizenship and social class*. London: Pluto Press
- Martocchio, J. & Judge, T. 1994 "A Policy-Capturing Approach to Individual's Decisions to Be Absent" i *Organizational Behavior And Human Decision Processes*, Vol. 57, pp. 358-386
- Marx, K. 1970 *Kapitalen. Kritik af den politiske økonomi. Bind 1. Bog 1+2*. København: Rhodos
- Maslach, C. & Schaufeli, W. 1993 "Historical and Conceptual Development of Burnout" i W. Schaufeli, C. Maslach and T. Marek (eds) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Philadelphia, PA: Taylor and Francis, pp. 1-16.
- Mckie, L., Gregory, S. & Bowlby, S. 2002 "Shadow Times: The Temporal and Spatial Frameworks and Experiences of Caring and Working." i *Sociology*, Vol. 36(4), pp. 897-924.
- Merton, R. 1936 "The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action" i *American Sociological Review*, Vol. 1(6), pp. 894-904.
- 1938 "Social Structure and Anomie." i *American Sociological Review*, Vol. 3(5), pp. 672-82.
- Mikkelsen, S. 2008 *ASUSI-projektet - et projekt om Arbejds miljø, Sygefravær, Udstødning, Social Arv og Intervention. Slutrapport*. Glostrup: Center for Forskning vedr. Sygefravær og Udstødning.
- Mohr, J. 2000 *Bourdieu's Relational Method in Theory and Practice*. Paper Presented at the American Sociological Association Meetings, Washington D.C., August 2000.
(<http://www.soc.ucsb.edu/ct/pages/JWM/Papers/Bourdieu.pdf>)
- Morris 2001 *Rethinking the Communicative Turn. Adorno, Habermas, and the Problem of Communicative Freedom*. Albany: State University of New York Press
- Mortensen, K. 1946 *Den danske Sygekassebevægelses Historie i korte Træk*. København: Fr. Weiss Bogtrykkeri
- Müller-Doohm, S. 2000 *Die Soziologie Theodor W. Adornos. Eine Einführung*. Frankfurt: Campus.
- Månson, P. 2000 "Marxisme" i Andersen & Kaspersen (red.) *Klassisk og moderne samfundsteori*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 139-162

- Månsson, N. & Råstam, L. 2001 "Self-rated health as a predictor of disability pension and death - A prospective study of middle-aged men" i *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 29, pp. 151-8
- NFA 2008 *Sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær. Årsager og handlemuligheder*. København: Det Nationale Forskningscenter for Sygefravær.
- Nielsen, J. 2007 *Hjemmehjælp – mellem myter og virkelighed*. Oplæg ved DemensDagene d. 14. maj 2007. (<http://www.demensdagene.dk/siteDocs/objekter/27.pdf>)
- Nissen, H. 2004 *Landet blev by. 1950-1970. Gyldendal og Politikens Danmarkshistorie. Bind 14*. København: Gyldendal
- North, F., Syme, S., Feeney, A., Head, J., Shipley, M. & Marmot, M. 1993 "Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II Study." i *BMJ*. Vol. 306(6874), pp. 361–6
- North, F., Syme, S., Feeney, A., Shipley, M. & Marmot M. 1996 "Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: The Whitehall II Study." i *American Journal of Public Health*, Vol. 86, pp. 332-40.
- Nyland, Nick 2000 *De praktiserende læger i Danmark. 1800-1910. Træk af det historiske grundlag for almen medicin*. Odense: Syddansk Universitet
- Nørregård-Nielsen, E. & Østergaard, J. 2004 "Unge og arbejde" i Gundelach, P. (red), *Danskernes særpræg*. København: Hans Reitzels Forlag
- Olin Wright, E. 1985 *Classes*. London: Verso
- O'Neill, J. 1986 "The Disciplinary Society: From Weber to Foucault" i *The British Journal of Sociology*, Vol. 37, No. 1 (Mar., 1986), pp. 42-60
- Oppenheimer, G. 2005 "Becoming the Framingham Study 1947–1950" i *American Journal of Public Health*, Vol. 95(4), pp. 602-10
- Osterlind, S. 1983 *Test Item Bias. Quantitative Applications in the Social Sciences. No. 7*. Newbury Park: Sage
- Parascandola, M & Weed DL 2001 "Causation in epidemiology" i *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 55, pp. 905-912.
- Parsons, T. 1951 *The Social System*. Glencoe: The Free Press.
- Pedersen, J. & Huulgaard, A. (red) 2007 *Arbejdsløshedsforsikringsloven. 1907-2007. Udvikling og perspektiver*. København: Arbejdsdirektoratet
- Pensky, M. 2004 "Natural History: the Life and Afterlife of a Concept in Adorno" i *Critical Horizons*, Vol. 5, No. 1, pp. 227-258
- Personalestyrelsen 2006 *Statens personale i tal 2005*. København: Personalestyrelsen

- Petersen, J.H. 2004 "Den danske velfærdsstats oprindelse" i Ploug, N., Henriksen, I. & Kærgård, N. (red.) *Den danske velfærdsstats historie. En antologi*. København: Socialforskningsinstituttet. 04:18, pp. 42-69
- Pett, M., Lackey, N. & Sullivan, J. 2003 *Making sense of factor analysis: the use of factor analysis for instrument development in health care research*. Thousand Oaks: Sage
- Pollard, S. 1963 "Factory Discipline in the Industrial Revolution" i *The Economic History Review, New Series*, Vol. 16, No. 2 (1963), pp. 254-271
- Popper, K. 1976 "The Logic of the Social Sciences" i Adorno et. al., *The Positivist Dispute in German Sociology*. London: Heinemann, pp. 87-104.
- Potter, G. 2002 "For Bourdieu, Against Alexander: Reality and Reduction" i *Journal for the Theory of Social Behaviour*, Vol. 30(2), pp. 229-46
- Prieur, A. & Sestoft, C. 2006 *Pierre Bourdieu. En Introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag
- Rainnie, A. 1985 "Is Small Beautiful? Industrial Relations in Small Clothing Firms" i *Sociology*, Vol. 19(2), pp. 213-24
- Rasmussen, B., Jensen, R. & Olesen J. 1992 "Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services: a Danish population study." i *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 46, pp. 443-6
- Rasmussen, E., Eriksen, O., Ejlersen, G. & Rye, H. 2002 *Hellere værftsbisse end bondekarl og 24 andre fortællinger fra Lindø*. Munkebo: Foreningen Munkebo Bøger
- Rauch, A., Unger, J. & Rosenbusch, N. 2006 "Entrepreneurial Stress and Long Term Survival: Is There a Causal Link?" i *Frontiers of Entrepreneurship Research*, Vol. 27(4), pp. 1-10
- Ravn, T.B. 1983 "Arbejdet mellem nødvendighed og dyd. Et mentalitetshistorisk projekt om arbejdsmoralens udvikling i Danmark" i *Den Jyske Historiker*, Nr. 26, pp. 4-21
- Regeringen 2003 *Hvad gør vi ved sygefraværet? – et debatoplæg, Maj 2003*. København: Beskæftigelsesministeriet.
- 2007 *Mulighedernes samfund. Regeringsgrundlag. VK Regeringen III. November 2007*. København: Statsministeriet.
- 2008 *Sygefravær – en fælles udfordring. Regeringens handlingsplan for at nedbringe sygefraværet. Juni 2008*. København: Beskæftigelsesministeriet.
- Reich, R. 1991 *The Work of Nations: Preparing Ourselves for 21st Century Capitalism*. New York: Vintage Books
- Reid, D. 1976 "The Decline of St. Monday, 1776-1876" i *Past and Present*, Vol. 71, pp. 76-100
- Renard, G. 2000 *Guilds in the Middle Ages*. Ontario: Kitchener

- Riegelman, R. 1979 "Contributory cause: unnecessary and insufficient." i *Postgraduate Medicine*, Vol. 66, pp. 177–179.
- Riley, J. 1987 "Disease without Death: New Sources for a History of Sickness" i *Journal of Interdisciplinary History*, Vol. 17, No. 3. (Winter, 1987), pp. 537-563.
- Rouanet, H., Ackermann, W & Le Roux, B. 2000 "The geometric analysis of questionnaires: the Lesson of Bourdieu's La Distinction" i *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, Vol. 65, pp. 5-18
- Rockhill, B. 2001 "The privatization of risk." i *American Journal of Public Health*, Vol. 91(3), pp. 365–8.
- Rose, G. 1995 *Hegel Contra Sociology*. London: Verso.
- Rosenlund, L. 2000 *Social Structures and Change: Applying Pierre Bourdieu's Approach and Analytic Framework*. Working Papers 85/2000. Stavanger: Stavanger University College
- Rossen, J. 1940 " 'Saadan gik det nu til' – Træk af Livserindringer" i Aggebo, Anker (red): *Danske Lægememoirer. Tredie Samling*. Kjøbenhavn: Nyt Nordisk Forlag. Arnold Busck, pp. 11-52.
- Rothman, K. 1986 *Modern Epidemiology*. Boston: Little, Brown and Company.
- Rothman, K. & Greenland, S. 2005 "Causation and Causal Inference in Epidemiology" i *American Journal of Public Health*, Vol. 95, Supplement 1, pp. 144-50
- Rothman, K., Adami, H. & Trichopoulos, D. 1998 "Should the mission of epidemiology include the eradication of poverty?" i *Lancet*, Vol. 352, pp. 810-3
- Ryan, W. 1976 *Blaming the Victim*. New York: Random House
- SBU 2003 *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt*. December 2003. Stockholm: SBU
- Schinkel, W. 2007 "Sociological discourse of the relational: the cases of Bourdieu & Latour" i *The Sociological Review*, Vol. 55(4), 707-29
- Schmid, H. 1995 "Velfærdsstatens solidaritetsformer" i *Danske Sociologi*, Vol. 6, No. 3, pp. 30-52
- Schultz, A. Ø. 1994 "Solidariteten – det socialistiske svar" i *Den Jyske Historiker*, Nr. 67, pp. 61-80
- Schein, E. H. 1990 *Organisationspsykologi*. Århus: Systime
- Schumacker, R. & Lomax, R. 2004 *A beginner's guide to structural equation modeling, Second edition*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

- Scott Long, J. 1997 *Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables*. Advanced Quantitative Techniques in the Social Sciences Series 7. Thousand Oaks: Sage
- Sheridan, R. 1985 *Doctors and Slaves: A Medical and Demographic History of Slavery in the British West Indies, 1680-1834*. Massachusetts: MIT Press
- Shryock, R. 1930 "Medical Practice in the Old South" i *South Atlantic Quaterly*, Vol. 29, pp. 160-78
- Skjøtt-Larsen, J. 2008 *Klasse, kultur og politik: Social differentiering id et postindustrielle Aalborg*. PhD-Afhandling. Aalborg: Aalborg Universitet
- Sletten, K. 1942 "Sygekasserne. Udvikling og Virksomhed" i *Fra Laugsygekasser til Folkeforsikring. Mindeskrift i 50-Aaret for gennemførelsen af Sygekasseloven af 12. April 1892*. København: Sygekassenævnet, pp. 120-135
- Smedley, J., Egger, P., Cooper, C. & Coggon, D. 1995 "Manual handling activities and risk of low back pain in nurses" i *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 52, pp. 160-3
- Smithson, J. & Lewis, S. 2000 "Is job insecurity changing the psychological contract?" i *Personnel Review*, Vol. 29(6), pp. 680-98
- Socialstyrelsen 2007 *Frågor och svar om Försäkringsmedicinska beslutsstödet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- 2008 *Vägledning för sjukskrivning – för tydligare och säkrare sjukskrivningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sohn-Rethel, A. 1975 *Håndens og Åndens Arbejde*. København: Rhodos
- Sollaci, L.B. & Pereira, M.G. 2004 "The introduction, methods, results, and discussion (IMRAD) structure: a fifty-year survey" i *Journal of the Medical Library Association*, Vol. 92, No. 3, pp. 364–371
- Southerton, D. 2003 "'Squeezing Time'. Allocating practices, coordinating networks and scheduling society." i *Time & Society*, Vol. 12(1), pp. 5-25.
- Stansfeld, S., Fuhrer, R., Shipley, M. & Marmot, M. 1999 "Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study" i *Occupational & Environmental Medicine*, Vol. 56(5), pp. 302-7
- Statistikbanken 2009 Tabeller angivet med forkortelse.
(<http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280>)
- Steers, R. & Rhodes, S. 1978 "Major Influences on Employee Attendance: A Process Model" i *Journal of Applied Psychology*, Vol. 63(4), pp. 391-407
- SUSY 2006 *Sundhed og Sygelighed i Danmark 2005 – og udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed (SIF).

- Svalfors, S. 2001 *Family and Gender III: ISSP 2002. Draft Topics*. Köln: Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung
- Sverke, M. & Hellgren, J. 2002 "The Nature of Job Insecurity: Understanding Employment Uncertainty on the Brink of a New Millennium." i *Applied Psychology: An International Review*, Vol. 51(1), pp. 23-42
- Sygeforsikringskommissionen 1959 *Betænkning om den offentlige sygeforsikring. Betænkning nr. 226. Afgivet af Sygeforsikringskommissionen af 1954*. København: Statens Trykningskontor
- Thomas, K. 1997 "Health and Morality in Early Modern England" i Brandt, A.M. & Rozin, P. (red.) *Morality + Health*. New York: Routledge, pp. 15-34
- Thompson, E.B. 1967 "Time, Work-Discipline, and Industrial Capitalism" i *Past & Present*, Vol. 38, No.1, pp. 56-97
- Tönnies, F. 2002 *Community and Society*. New York: Dover Publications
- Tvedegaard, H. 1940 "Nogle Erindringer" i Aggebo, Anker (red): *Danske Lægememoirer. Tredie Samling*. Kjøbenhavn: Nyt Nordisk Forlag. Arnold Busck, pp. 136-164.
- Twaddle, A. 1974 "The concept of Health Status" i *Social Science & Medicine*, Vol. 8, pp. 29-38
- Vabø, M. 2009 Home care in transition: the complex dynamic of competing drivers of change in Norway" i *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 23(3), pp. 346-58
- Vahtera, J., Kivimäki, M. & Pentti, J. 1997 "Effect of organisational downsizing on health of employees." i *Lancet*, Vol. 350(9085), pp. 1124-1128.
- Vammen, T. 1994 "Ømme punkter – Filantropi og velgørenhed ca. 1780-1930 – et unostalgisk vue" i *Den Jyske Historiker*, Nr. 67, pp. 17-37
- Verene, D. 1969 "Kant, Hegel, and Cassirer: The Origins of the Philosophy of Symbolic Forms" i *Journal of the History of Ideas*, Vol. 30(1), pp. 33-46
- Villadsen, K. 2004 *Det sociale arbejdes genealogi. Om kampen for at gøre fattige og udstødte til frie mennesker*. København: Hans Reitzels Forlag
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Elovainio, M. & Vahtera, J. 2002 "Selection from fixed term to permanent employment: prospective study on health, job satisfaction, and behavioural risks." i *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, pp. 693-9
- Vosko, L., Zukewich, N. & Cranford, C. 2003 *Precarious jobs: A new typology of employment*. Perspectives on Labour and Income. Catalogue no. 75-001-XPE. Ottawa: Statistics Canada.

- Voss, M., Floderus, B. & Diderichsen, F. 2001 "Changes in sickness absenteeism following the introduction of a qualifying day for sickness benefit - findings from Sweden Post" i *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 29, No. 3, pp. 166-74
- Wahlström, R. & Alexanderson, K. 2004 "Chapter 11. Physicians' sick-listing practices" i *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 32, Supplement 63, pp. 222-55
- Weber, M. 1930 *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism*. London: Routledge
- 1978 *Economy and Society*. Berkeley: University of California Press.
- World Health Organisation 1986 *Health for all by the year 2000*. Copenhagen: WHO.
- Williamson, J. 1817 *Medical and Miscellaneous Observations relative to the West India Islands*. , by John Williamson, M.D. Fellow of the Royal College of Physicians, Edinburgh, formerly Surgeon of the Caithness Highlanders, and late of Spanish Town, Jamaica.
- Yin, R. 2003 *Case study research: design and methods*. London: Sage Publications
- Östlund, G., Cedersund, E., Hensing, G. & Alexanderson, K. 2004 "Domestic strain: a hindrance in rehabilitation?" i *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 18, No. 1, pp. 49-56
- Ås, D. 1962 "Absenteeism - a Social Fact in Need of a Theory" i *Acta Sociologica*, Vol. 6, pp. 278-86

Summary

This dissertation seeks to show the merits of a genuinely sociological approach to the study of sickness absence (SA). The approach is shaped by the ideas of Theodor W. Adorno and his vision of sociology as Social Physiognomics. In trying to grant ‘primacy to the object’ of the study in this case the phenomenon of sickness absence, a great variety of methods have been used: Chapter 2 presents a historical analysis of sickness absence, Chapter 3 outlines a critique of contemporary perspectives on SA in the most dominant disciplines: epidemiology and occupational psychology, Chapter 4 makes use of traditional regression based methods to examine the associations between different work-related factors and prospective SA, Chapter 5 examines many of the same associations but with the help of geometric data analysis, and finally Chapter 6 provides a more detailed insight into the considerations made by those who take SA or refrain from doing so. This is done by way of qualitative interviews with participants from a very broad selection of occupations. The use of so many different methods at the same time means that the individual potential of each method has not been utilised to its maximum. This is definitely one of this dissertation’s major weaknesses. However, by making use of such a great variety of methods, combining qualitative and quantitative evidence on the same phenomenon brings along other rewards e.g. the opportunity to examine SA from a holistic point of view. This has seldom been done in the study of sickness absence and that gives access to new insights.

Throughout the dissertation I pursue the postulate that SA is not a universal phenomenon which means it has to be studied in relation to the context in which it occurs. This runs counter to e.g. the aims of the epidemiological tradition of SA that explicitly strives to decontextualise SA and create measures of SA that help eradicate the impact of contextual factors. The refutation of SA as a universal phenomenon proceeds through a number of steps. Firstly, the historical genesis of the phenomenon is discussed. This leads to the insight that the concept of SA was only invented as late as the early 1970’s in Denmark although it was of course possibly to be away from work due to illness before that time. But the change in discourse at that time signalled a change in the way the phenomenon was managed by society and the social actors who had an interest in it. And studying other aspects of the history of SA points to other social processes which have been bound to SA throughout history but in changing ways. Secondly, another way of defending the claim that SA is not universal is to show that it is a way of acting, and not a concept designating something purely behavioural (to use the distinction made by Weber). SA nearly always involves a conscious decision to step out of one’s normal routines. And for that reason it becomes interesting to widen the study of SA from a narrow focus on quantities (incidence, mean number of sick days etc) to the study of reasons for taking SA and for not taking it when feeling ill. Although the approach in this dissertation is rather primitive due to the way it has been measured, I believe the general idea merits further inquiry. When the study of reasons is supplemented by a change from regression models to geometric data analysis it becomes possible to study the more general patterns of the sickness absence practices of members of the core work force in Denmark. By doing so I hook up with another important aim of this dissertation: to lend a voice to those ‘perfectly ordinary people’ who on a daily basis have to make decisions about taken SA or refraining from doing so because the consequences would be worse than it is to go ill to work.

However, the perspective of ‘perfectly ordinary people’ is also present through the use of qualitative interviews and the stories 18 different people representing many different occupations told about their

experiences with SA. The analyses of this material is laid out in 17 'images' of how SA can be considered a reflective practice which takes quite some effort to 'master'. Because SA is a phenomenon that so many different actors have an interest in, the way it is practised becomes the object of attention from many sides: colleagues, who might be forced to take over the work tasks left behind by the absentee, employers, who not only lose money by having employees away on sick leave but may also find it difficult to live up to deals already made, politicians, who are interested in finding ways to reduce the levels of SA in order to increase the supply of labour and to free up funds for other welfare services.

The dissertation ends with three postulates about the future of SA research: 1) It should be acknowledged that SA cannot be studied adequately without considering sickness presence as well. These phenomena are basically identical and are outcomes of the same 'decision process'. 2) SA should never be examined without an eye to the attribution of meaning to the act of taking SA. People with identical jobs and identical symptoms might still differ in their way of practising SA because they attach different aspects of meaning to the act of SA. Only by grasping this can we hope to avoid the unintended consequences that might arise when trying to regulate SA without intimate knowledge of the reasons for SA or the motives speaking against it. 3) SA ought to be examined more often using a holistic perspective because it enables us to grasp the context in which SA is practised reflectively. This follows readily from postulate 2. Only by being aware of the contextual factors in which SA is taken will it be possible to grasp the exact meaning of it.

Overall I hope the dissertation has shown that the study of sickness absence would benefit from a more marked sociological profile in the studies of this phenomenon. One such approach is outlined in the dissertation although it is clear that there are many other and equally fruitful approaches that could have been used.

Appendiks

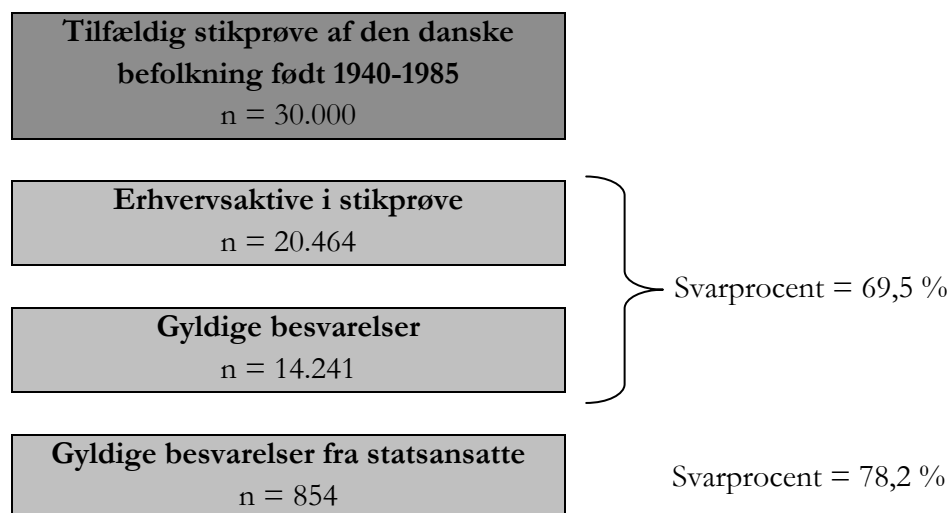
Appendiks 1

Beskrivelse af ASUSI-undersøgelsen

Det kvantitative materiale, der bruges gennem hele denne afhandling, men særligt i kapitel 3-6, udgør datamaterialet fra delprojekt 1 i ASUSI-projektet, der løb fra 2004-2008. Datamaterialet består af en kombination af informationer indhentet ved hjælp af spørgeskemaer samt forskellige registerbaserede data. Der er tale om et delvist longitudinalt studie, hvor data fra spørgeskemaerne udgør baselineoplysninger. Hertil er der koblet prospektive registerbaserede oplysninger om sygefravær, og ligeledes er der koblet yderligere registerbaserede baggrundsvARIABLE som supplement til spørgeskemadata. De registerbaserede variable er i nogle af tilfældene hentet i perioden inden spørgeskemaet blev indsamlet.

I det følgende vil de forskellige datakilder blive introduceret, jf. figur 1.

Figur 1. Grafisk oversigt over datamaterialet.



Spørgeskemaundersøgelsen

Baselineoplysninger er indsamlet via et postbaseret spørgeskema udsendt til i alt 21.313 tilfældigt udvalgte erhvervsaktive personer i alderen 19-64 år. Da en del af de respondenter, der modtog spørgeskemaet, ikke tilhørte populationen, blev de efterfølgende ekskluderet, hvilket reducerede det reelle antal af erhvervsaktive i stikprøven til 20.464. En oversigt over de spørgsmål, der blev stillet findes i slutningen af dette appendiks i forbindelse med oversigten over det samlede sæt variable, der har været analyseret som del af afhandlingen.

Metode

Undersøgelsen er gennemført ved et postomdelt spørgeskema med fuldt strukturerede spørgsmål. Der indgik enkelte åbne spørgsmål, der efterfølgende blev kodet. Der blev gennemført en pilotundersøgelse med ca. 50 medvirkende med henblik på at afgøre om spørgsmålene var forståelige. Besvarelestiden var her i gennemsnit ca. en halv time. Der var også mulighed for at besvare skemaet elektronisk via nettet, hvilket ca. 10% af de, der har besvaret skemaet, har gjort.

Udsendelsesprocedure

Spørgeskemaerne blev første gang sendt ud så respondenterne modtog skemaet lørdag d. 11. september 2004. Med skemaet var der vedlagt en skrivelse, der kort beskrev formålet med undersøgelsen, og hvori svarfrist blev fastsat til mandag d. 27. september. Herefter blev der med et par ugers mellemrum udsendt en rykker uden nyt spørgeskema og slutteligt en sidste rykkerskrivelse inklusiv et nyt spørgeskema. Dataindsamlingen er stoppet endeligt pr. 1. marts 2005, men de, der har besvaret så sent har i langt de fleste tilfælde udfyldt skemaet på samme tidspunkt som resten af respondenterne. Respondenterne har skullet notere, hvilken dato de har besvaret skemaet, hvilket gør det muligt at skelne mellem dem, der har svaret umiddelbart og dem der først har svaret efter én eller to rykkere. Der er dog ca. 21% af respondenterne som ikke har besvaret dette spørgsmål, men det vil dog være muligt at tildele dem en omtrentlig dato på baggrund af oplysninger om det tidspunkt, vi har modtaget deres besvarelse. Datoen er efterfølgende brugt til at beregne den tid, der går fra besvarelsen af spørgeskemaet til deres første sygdomsperiode af mindst 14 dages varighed eller til opfølgningsperioden på 1½ år er nået. For enkelte der besvarede spørgeskemaet meget sent, var det ikke muligt at observere i den fulde tid på 1½ år (dvs. 78 uger).

Scanning af spørgeskemaer

Samtlige besvarelser indkommet via det postomdelte spørgeskema inden 15. november (dvs. 13.071 besvarelser) blev sendt til SFI og er blevet scannet på deres maskiner. Spørgsmålene er kodet efter SFI's normale forskrifter, og derefter rekodet til de værdier, som er anvendt i denne undersøgelse. I de tilfælde hvor respondenterne har angivet et tvetydigt svar (f.eks. ved at have sat to krydser i et spørgsmål, hvor kun ét var tiltænkt) er spørgsmålet kodet efter to principper: i de tilfælde, hvor der er tale om skalaer, hvor respondenterne har flere end 5 svarmuligheder, er svarene kodet i henhold til den laveste værdi og i de tilfælde, hvor dette ikke er tilfældet, og hvor der er tale om kategoriale svar, er disse kodet som 'ved ikke'. I alt 526 respondenter har fået rekodet ét eller flere svar.

Population

Undersøgelsens population udgøres af alle erhvervsaktive personer i alderen 19-64 år med dansk herkomst. Erhvervsaktive er i denne undersøgelse defineret som personer, der indenfor det seneste år har været i ordinær beskæftigelse eller i en eller anden form for aktivering i mindst 80% af tiden eller har været i beskæftigelse i mindst 6 ud af 12 uger i perioden lige op til dataudtrækket blev foretaget. Alle kvinder, der på opgørelsestidspunktet var på barselsorlov, er fravalgt, også selvom de opfylder beskæftigelseskravet på 80%. Dette er sket, både fordi graviditetsrelaterede fraværsmeldinger vil virke forstyrrende på analysen, og fordi opfølgningsperioden for denne gruppe vil være mindre eller ikke

eksisterende, hvilket igen gør det vanskeligt at sammenligne med andre grupper. Opgørelsestidspunktet var 1. juli 2004. Fravalg af allerede sygemeldte samt erhvervsaktive, der havde været sygemeldt i længere perioder i året inden baseline, blev valgt ud fra den betragtning, at det var analyserne af det *prospektive* sygefravær, som var af størst betydning. Her ville disse grupper være forstyrrende både mht. den efterfølgende opfølgningstid, men også fordi deres svar på spørgsmålene vedr. særligt arbejdsmiljø kunne være påvirket af deres langvarige sygemelding. Men det er klart, at der af den grund er tale om en selekteret gruppe af de erhvervsaktive, som er mest raske.

Stikprøveudvælgelse

Stikprøven er udvalgt gennem en tilfældig udtrækning fra CPR-registeret. Her blev bestilt et udtræk på i alt 30.000 personer født mellem 1. januar 1940 og 1. januar 1986. Dataudtrækket blev foretaget primo august 2004. Til dette udtræk blev der koblet informationer fra Beskæftigelsesministeriets DREAM-database, der indeholder oplysninger om modtagelse af en række overførselsindkomster og oplysninger om statsborgerskab og herkomst. Ud fra denne kobling blev de personer, der ikke opfyldte de ovenfor nævnte kriterier, sorteret fra. Frasorteringen af disse personer resulterede i en reduktion af stikprøven fra 30.000 til 21.313. Da DREAM-databasen ikke indeholder oplysninger om alle typer af overførselsindkomst (f.eks. mangler der oplysninger om førtidspensionister, der fik tilkendt pension før 1994) og ligesom den ikke gør det muligt at skelne mellem beskæftigede personer og hjemmegående, har det efterfølgende været nødvendigt at sortere yderligere 849 fra, som heller ikke opfylder kriterierne for at være del af populationen. I denne gruppe indgår også de respondenter, som aldrig har modtaget overførselsindkomst, om hvilke der af den grund ikke findes oplysninger om statsborgerskab i DREAM, men som ikke tilhører populationen, fordi de er indvandrere. Denne frasortering er sket ved at kombinere oplysninger respondenterne selv har afgivet i forbindelse med indsamlingen af spørgeskemaer med oplysninger fra registre i Danmarks Statistik. Den endelige stikprøve udgøres derfor af i alt 20.464 personer.

Opnåelse

Ud af de 21.313 udsendte skemaer er 14.607 kommet retur, hvoraf en del dog ikke tilhører populationen, hvorfor det endelige antal gyldige besvarelser er 14.241. Af tabel 1.1 er det muligt at se en detaljeret beskrivelse af hvilke typer bortfald, der ligger til grund for opgørelsen af det endelige antal gyldige besvarelser.

Tabel 1.1 *Opnåelsesstatistik. Absolutte tal, og i pct. af bruttosample.*

	Antal	Pct.
Totale antal kontaktede respondenter	21.313	-
Udenfor arbejdsstyrken	691	-
Døde	4	-
Udlændinge	3	-
Handicap som fx døv eller blind	19	-
Adresser uden kontaktmulighed	132	-
Bruttosample	20.464	100
Respondent ikke truffet	34	0,1
Deltagelse nægtet	1682	8,2
Kasserede interviews	105	0,1
Intet svar fra respondent	4419	21,7
Gyldige besvarelser	14.241	69,5

Af de 21.313 personer vi kontaktede fik vi i 132 tilfælde meddelelse tilbage fra postvæsenet om, at vedkommende ikke længere boede der eller slet ikke havde gjort det. Da vores registertræk blot var 1 måned gammel, da vi sendte skemaerne kan der ikke være tale om forkerte adresser pga. ordinær flytning, da brevene i så fald ville blive videresendt. Der er snarere tale om respondenter, som bor på en anden adresse end den der står opført i folkeregisteret. Disse respondenter har vi valgt at klassificere som nogen, der ikke tilhører populationen ud fra den betragtning, at det ikke vil være muligt at opnå kontakt til dem – af den grund kan vi heller ikke vide, hvorvidt de er i beskæftigelse eller er selvforsørgende af anden vej.

Af de 20.464 tilbageværende personer kunne 34 ikke træffes fordi de enten var bortrejste, syge, eller fordi deres besvarelse gik tabt. 1682 respondenter tilkendegav direkte, at de ikke ønskede at deltage i undersøgelsen. Mange af respondenterne gav udtryk for, hvorfor de ikke ønskede det, og de oftest fremkommende grunde var manglende tid, manglende relevans pga. særegne arbejdsforhold, manglende tillid til undersøgelser mere generelt og lignende. Der var ca. 4.415 respondenter, som vi slet ikke hørte fra, men som vi går ud fra har modtaget spørgeskemaet og de to rykker uden at reagere. Slutteligt måtte vi kassere 105 besvarelser af forskellige grunde, hvoraf den langt overvejende grad var, at respondenterne kun havde svaret delvist på skemaet, og at det af denne grund ikke gav mening at tage dem med i analyserne. Her var der særligt tale om internetbesvarelserne, men det skyldes formentlig, at vi for disses vedkommende kunne registrere den mindste indtastning selv uden respondenterne havde afsluttet skemaet. Der vil formentlig være en ligeså stor del, der har startet med at besvare spørgeskemaet i papirversionen, men som har opgivet på halvvejen, hvor vi ikke har den viden, fordi vedkommende ikke sender sådanne halve besvarelser tilbage. Det er således i alt 6.240 ubesvarede eller nægtede besvarelser, hvilket betyder, at den samlede besvarelse er på 69,5%. Hvis man sammenligner med andre survey-undersøgelser er dette en ganske tilfredsstillende besvarelsesprocent. Selv hvis man sammenligner med andre sundhedsundersøgelser, hvor der traditionelt er højere svarprocenter end i surveyundersøgelser indenfor andre områder, er svarprocenten tilfredsstillende, ikke mindst fordi der i ASUSI-undersøgelsen ikke er benyttet alternative metoder til at indhente ekstra interviews med (f.eks. telefonisk kontakt) sådan som det fx er gjort i SUSY-undersøgelserne, som har en lidt højere svarprocent.

Data fra Beskæftigelsesministeriet (DREAM)

De primære afhængige variable i analysen af sygefravær er hentet fra Beskæftigelsesministeriets DREAM-database. Database indeholder oplysninger om udbetalingerne af et meget stort antal overførselsindkomster i perioden 1994 og frem. Den primære type overførselsindkomst, der er analyseret i afhandlingen er udbetalingerne af sygedagpenge, som er operationaliseret som indikator på sygdomsperioder af mindst 2 ugers varighed. Men der er også enkelte analyser, hvor oplysninger om modtagelse af arbejdsløshedsdagpenge er den afhængige variabel (se kapitel 6, afsnit VII). Grundoplysningerne findes uge for uge og kan i den tilstand bruges til at lave overlevelsesanalyser ved at tælle antallet af uger fra spørgeskemaets besvarelse frem til første sygdomsperiode (eller hvilket andet udfald man er interesseret i).

Data fra Register i Danmarks Statistik

Som supplement til spørgeskemaoplysningerne er der indhentet yderligere informationer fra forskellige registre i Danmarks Statistik, der kobles til hinanden ved hjælp af CPR-numre. Oplysningerne er primært indhentet med det formål at supplere de informationer, der er opnået via spørgeskemaer, både fordi det ville reducere den byrde ved besvarelsen af skemaet for deltagerne i undersøgelsen. Men derudover ønskede vi også informationer om en række områder, hvor registerinformationer formentlig er mere pålidelige end dem, der ville kunne indhentes via spørgeskemaer. Det gælder f.eks. oplysninger om husstandsindkomst, uddannelsesniveau, kontakt til læge samt informationer om den virksomhed deltagerne er ansat ved (f.eks. antallet af medarbejdere).

Data fra Personalestyrelsen, Finanssektorens Arbejdsgiverforening (FA), København og Århus kommune

Som supplement til de primære afhængige variable har vi fået tilladelse til at få udleveret oplysninger fra fraværstatistikken fra hhv. Personalestyrelsen (som dækker samtlige statsansatte), Finanssektorens Arbejdsgiverforening (som dækker næsten samtlige ansatte indenfor finanssektoren) og fra København og Århus kommuner. Motivet for at indhente data fra disse steder som supplement er, at man i DREAM kun har totaldækkende oplysninger for sygedagpengeperioder af mindst 2 ugers varighed. Da den overvejende del af sygefraværet falder under denne længde ville det være en væsentlig begrænsning udelukkende at beskæftige sig med sygefravær af over 2 ugers varighed.

Der er således tale om, at der er 4 subpopulationer i undersøgelsen, som man kan lave selvstændige analyser på baggrund af: én der består af de statsansatte, én der består af de ansatte i finanssektoren og to der består af de kommunalt ansatte i de Danmarks to største byer. Selvom det ikke er muligt at generalisere fra disse subpopulationer til samtlige danske erhvervsaktive, er der mulighed for at generalisere til disse subpopulationer.

Stikprøvestørrelserne for de 4 subpopulationer udgør hhv. 925, 519, 290 og 204 og antal af gyldige besvarelser fra hver subpopulation udgør hhv. 735, 438, 230 og 152. Dette svarer til en gennemførelsesprocent på hhv. 79%, 84%, 79% og 75%, hvilket svarer meget godt til den, der findes i

stikprøven generelt. Især for de ansatte i finanssektoren er der tale om en ret lille stikprøve, men hvis de analyses samlet vil resultaterne derfra kunne generaliseres lidt bredere.

Data fra alle fire kilder har bestået af to særskilte dele: et totalregister over al fravær registreret i de fire subpopulationer fra 2003-2006 samt et register over ansatte i den tilsvarende periode. På baggrund af disse registre er der for hver person dannet forskellige typer af variable: en variabel, der angiver det *samlede antal sygemeldinger i opfølgningsperioden* (der varierede mellem de 4 subpopulationer), en variabel der angiver det *samlede antal sygedage i opfølgningsperioden*, ligesom forskellige variable, der angiver *tid til første sygemelding* af forskellige længder blev beregnet ud fra samme princip, som det blev gjort med data fra DREAM – dvs. på baggrund af oplysninger om datoen, hvor spørgeskemaet blev besvaret.

Data fra subpopulationerne er kun brugt ganske lidt i kapitel 4, eksempel 3 og kapitel 6, afsnit V. Det skyldes primært den stærkt selekterede gruppe, disse oplysninger var tilgængelige for.

Bortfald og repræsentativitet i undersøgelsen

På trods af den pæne besvarelsesprocent på ca. 70% kan det være hensigtsmæssigt at foretage en nærmere analyse af bortfaldet med henblik på at undersøge om stikprøven er repræsentativ i forhold til de erhvervsaktive danskere. Der er nemlig ingen der siger, at det er helt tilfældigt hvem der har undladt at svare på spørgeskemaet. Helt konkret kunne man frygte, at især de erhvervsaktive, som meget sjældent er syge eller sygefraværende, har fundet undersøgelsen mindre relevant og derfor har undladt at returnere skemaet.

For at undersøge om dette er tilfældet er det nødvendigt at sammenholde fordelingen i stikprøven med gruppen af erhvervsaktive i forhold til en række karakteristika, som man fra litteraturen ved har en vis betydning for sygefraværet. Det kunne fx være køn, alder, socioøkonomisk status samt erhvervsgruppe. Det er nemlig kun i de tilfælde, hvor der er en stærk sammenhæng mellem baggrundsvARIABLE og det man ønsker at undersøge, at man risikerer en skæv fordeling påvirker resultaterne af analyserne markant.

De klassiske baggrundsvARIABLE, hvis repræsentativitet man ofte ser tjekket for i surveyundersøgelser, giver det god mening også at undersøge i denne sammenhæng, da mange tidligere undersøgelser af sygefravær har vist, at det hænger sammen med både køn, alder, geografi og socioøkonomisk status. En skæv fordeling på disse variable vil især betyde noget for de mere deskriptive analyser, hvor der tages udgangspunkt i marginalfordelingerne for fx sygefraværet og dets begrundelser. Derimod skal der meget store afvigelser til mellem stikprøve og population, hvis en skæv fordeling skal have nogen nævneværdig betydning for de statistiske analyser af sammenhængene mellem baggrundsvARIABLE og sygefravær.

Et andet væsentligt område at undersøge repræsentativiteten for sygefraværet og sygeligheden i stikprøven sammenlignet med befolkningen som helhed. Hvis det fortrinsvist har været de erhvervsaktive, som ofte er syge eller har meget sygefravær, der fundet det relevant at svare vil det

resultere i en overvurdering af sygefraværet for befolkningen som helhed ligesom det vil kunne skabe et skævt billede af sammenhængen mellem sygefravær og arbejdsmiljø.

For disse to forhold og for de sociale og uddannelsesmæssige variable gælder det, at det er svært at tjekke repræsentativiteten for disse. Socioøkonomisk repræsentativitet er svær at afgøre, fordi der ikke findes uomtvistelige alment accepterede måder at opgøre det på, og af den grund vil der uværgeligt snige sig forskelle ind som ikke nødvendigvis afspejler forskelle mellem stikprøve og befolkning, men derimod mellem forskellige måde at måle og begrebsliggøre socioøkonomisk status på. For sygefravær og for sygelighed er problemet at der ikke findes en præcis opgørelse over befolkningens karakteristika på disse to områder. I dette tilfælde må vi nøjes med at sammenligne de karakteristika, der findes på registerniveau (og som derfor er komplette for samtlige udtrukne i stikprøven inkl. nægterne) i gruppen af nægttere med dem, der rent faktisk har svaret på spørgeskemaet.

Ovenstående betragtninger har dannet grundlag for den fremgangsmåde der har været anvendt til at vurdere repræsentativiteten i denne undersøgelse. Det betyder, at vi har valgt at opdele bortfaldsanalysen i to dele: En generel del, der undersøger repræsentativiteten på de vigtigste (demografiske) baggrundsvARIABLE, og en specifik del, der undersøger repræsentativiteten for sygefravær.

Generel bortfaldsanalyse: Demografisk repræsentativitet

I det følgende afsnit præsenteres en demografisk repræsentativitetsanalyse, idet der redegøres nærmere for henholdsvis kønsfordeling og aldersfordeling i undersøgelsen. Data tager udgangspunkt i oplysninger om de erhvervsaktives køns- og aldersfordeling baseret på den Registerbaserede Arbejdsmarkedsstatistik (RAS). Det indebærer visse problemer, da populationen for RAS og for vores undersøgelse ikke er identiske. I RAS gælder, at alle personer med et erhvervsarbejde i november måned året før er del af populationen også selvom deres hovedbeskæftigelse i virkeligheden er en anden fx studerende eller pensionist. Det betyder, at der i RAS vil være en større andel af især unge end man vil forvente i vores stikprøve som har sorteret alle studerende fra. Vi har forsøgt at afbøde konsekvenserne af dette ved at frasortere samtlige deltidsansatte mellem 18-29 år ud fra den betragtning, at langt den største del af dem vil være personer som studerer ved siden af.

Tabel 2.1 *Kønsfordeling. Stikprøvepopulation i ASUSI-undersøgelsen i forhold til den erhvervsaktive del af befolkningen 1. januar 2003. Pct.*

	ASUSI-undersøgelsen	Erhvervsaktive del af befolkning mellem 18-64 år pr. 1 jan 2003
Andel af mænd	50,5	52,7
Andel af kvinder	49,5	47,3
I alt	100	100
Kilde: Danmarks Statistik 'Arbejdsstyrken fordelt efter socioøkonomisk status, køn og alder'(Statistiske Efterretninger 2004:23)		

Som det fremgår af tabellen er der en underrepræsentation af mænd i undersøgelsen, hvis man sammenligner med andelen af mænd i populationen. Forskellen på ca. 2 procentpoint mellem stikprøve

og population er klart statistisk signifikant ($p < 0,001$), men formentlig så lille, at den ikke har nogen praktisk betydning.

Næste led er en sammenligning af aldersfordelingen i undersøgelsen i forhold til den erhvervsaktive del af befolkningen. Tabel 2.2 viser fordelingen efter alder og køn i henholdsvis hovedundersøgelsen og for hele befolkningen.

Tabel 2.2 Alders- og kønsfordeling i pct. 1. januar 2003

	Svarpersoner i ASUSI-undersøgelsen (i %)			Erhvervsaktive del af befolkning mellem 18-64 år (i %)		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
18-24 år	4,5	4,0	4,2	7,4	6,0	6,6
25-29 år	6,5	7,2	6,9	10,1	10,1	10,1
30-39 år	25,7	25,7	25,7	27,9	28,5	28,2
40-49 år	28,2	29,3	28,7	25,4	27,3	26,3
50-59 år	28,0	29,0	28,6	24,2	24,7	24,4
60-64 år	6,5	5,3	5,9	5,0	3,3	4,2
I alt %	100	100	100	100	100	100
I alt Antal	14.241			2.405.803		

Kilde: Danmarks Statistik: 'Arbejdsstyrken fordelt efter socioøkonomisk status, køn og alder' og 'Beskæftigede personer efter køn, socioøkonomisk status, arbejdsomfang og alder' (Statistiske Efterretninger 2004:23)

Som det fremgår af tabel 2.2, er der en stor underrepræsentation af unge op til 29 år, hvor der omtrent er 30-40% færre respondenter i stikprøven i disse grupper end der burde være, når man sammenligner med andelen i populationen. For gruppen af 30-39 årige er der også en vis underrepræsentation, men den er mindre udtalt end for de to yngre grupper. I de ældre aldersgrupper vender billedet og her er der til gengæld en overrepræsentation som dog ikke har helt det samme omfang (mellem 10-15%) som for de yngre aldersgrupper, undtagen gruppen af erhvervsaktive mellem 60-64 år, hvor der også er ca. 30% flere respondenter end forventet. I disse aldersgrupper er forskellen mellem stikprøve og population så stor, at de er klart statistisk signifikante ($p < 0,001$ i alle tilfælde).¹ Der er ikke store kønsforskelle mellem de enkelte aldersgrupper, men der ser dog ud til, at de unge mænd under 29 i lidt højere grad end kvinderne har undladt at returnere spørgeskemaet, ligesom kvinderne mellem 60-64 år har været bedre til det end mændene i samme gruppe. For de øvrige aldersgrupper er kønsforskellene minimale.

Den tredje baggrundsvARIABLE, der kan være idé i at undersøge repræsentativiteten for er respondenternes geografiske placering. Tabel 2.3 viser en sammenligning mellem andelen af personer i de 14 amter og Københavns og Frederiksberg kommuner.

Som det fremgår af tabellen 2.3 ser den geografiske spredning i stikprøven meget pæn ud, hvis man sammenligner den med fordelingen i populationen. Det er kun for Københavns kommune, at der findes en betydningsfuld skævhed på ca. 20%, mens der for Fyns og Roskilde amter er en mindre på ca. 10%. Alle disse forskelle mellem stikprøve og population er stærkt signifikante ($p < 0,01$).

¹ p-værdierne henviser til Students T-tests for uafhængighed mellem de opnåede middelværdier og den faktiske fordeling i befolkningen.

Tabel 2.3 *Geografisk placering efter amter i pct. 1. januar 2003*

	ASUSI-undersøgelsen	Erhvervsaktive del af befolkning mellem 18-64 år pr. 1 jan 2003
Københavns kommune	7,5	9,7
Frederiksberg kommune	1,7	1,8
Københavns amt	11,2	11,5
Frederiksborg amt	7,3	7,2
Roskilde amt	5,2	4,7
Vestsjællands amt	5,6	5,4
Stormstrøms amt	5,0	4,5
Bornholm (inkl. Christinsø)	0,8	0,7
Fyns amt	9,1	8,4
Sønderjyllands amt	4,7	4,5
Ribe amt	4,1	4,2
Vejle amt	6,7	6,7
Ringkøbing amt	5,3	5,3
Århus amt	12,3	12,2
Viborg amt	4,5	4,4
Nordjyllands amt	9,0	8,9
I alt	100	100

Kilde: Danmarks Statistik 'Beskæftigede efter alder, område og tid' (Statistikbanken)

Den sidste baggrundsvariabel, det kan være relevant at vurdere stikprøvens repræsentativitet ud fra, er socioøkonomisk status. Af tabel 2.4 fremgår den socioøkonomiske fordeling i stikprøven og blandt de erhvervsaktive danskere pr. 1. januar 2003.

Tabel 2.4 *Fordeling af erhvervsaktive i befolkning og undersøgelsen.*

Befolkning pr. 1. januar 2003	Befolkning ¹ (RAS) ²	ASUSI-undersøgelsen
Selvstændige	6,6 (7,5)	7,9
Medhjælpende ægtefælle	0,4 (0,4)	0,4
Topledere	2,3 (2,6)	7,2
Lønmodtagere på højeste niveau	12,7 (14,3)	16,4
Lønmodtagere på mellemniveau	16,2 (18,2)	18,7
Lønmodtagere på grundniveau	41,2 (46,2)	39,0
Andre lønmodtagere	9,7 (10,9)	9,1
Lønmodtagere u.n.a	10,8 (0,0)	-
I alt	100,0	100,0

Noter: 1) Tallene i parentes refererer til fordelingen når gruppen af lønmodtagere una ikke regnes med.

2) Tallene i parentes er andelen for de tre grupper når personer med under 15 timers ansættelse om ugen er fraregnet lønmodtagergruppen og i stedet betragtes som udenfor arbejdsmarkedet.

² Tallene i parentes refererer til fordelingen når gruppen af lønmodtagere una ikke regnes med

Af tabel 2.4 er det tydeligt at se, at der er nogle ret betydningsfulde forskelle mellem fordelingen mellem socioøkonomiske grupper i stikprøven når den sammenholdes med populationen. For gruppen af selvstændige og medhjælpende ægtefæller stemmer andelen fint overens og det samme er tilfældet med gruppen af lønmodtagere på mellemniveau. Til gengæld ser der ud til at være en markant overrepræsentation af topledere, hvor der er næsten 3 gange så mange i stikprøven end der burde være. Ligeledes er der 15% flere lønmodtagere på højt niveau end populationen tilsiger der skal være. I den anden ende af skalaen er der til gengæld en underrepræsentation på ca. 10% af lønmodtagere på grundniveau og på ca. 35% for gruppen af andre lønmodtagere. Alle disse forskelle er klart statistisk signifikante ($p < 0,001$).

Det er klart, at så markante forskelle som dem, der findes mellem stikprøve og population, sagtens kan tænkes at have betydning for resultaterne af analyserne. Tidligere undersøgelser har vist, at personer med lavere socioøkonomisk status har både hyppigere og længerevarende sygefravær, og deres arbejdsmiljø og familieliv vil formentlig også være mere belastende end det er tilfældet for de højere socioøkonomiske statusgrupper. Hvis det forholder sig sådan, vil det især betyde at sygefraværet vil kunne blive undervurderet og at især betydningen af arbejdsmiljø og familieliv for sygefraværet vil være mindre markant end det forholder sig i virkeligheden.

Det er dog nødvendigt at tage kraftige forbehold for analysen af repræsentativitet for socioøkonomiske grupper: det er simpelthen ikke muligt at sammenligne direkte mellem stikprøven og populationsværdierne fordi opgørelsesmetoderne ikke er identiske. I RAS er alle erhvervsaktive inkluderet også selvom de kun er ansat under fx 20 timer om ugen, og det vil formentlig betyde at gruppen af andre lønmodtagere og gruppen af lønmodtagere på grundniveau er en anelse overvurderet i RAS. Derudover må man tage klart forbehold for, at der kan være en tendens til at folk angiver mere 'fine' titler når de bliver bedt om at skrive deres stillingsbetegnelse i et spørgeskema. Det betyder, at de vil blive kodet højere i det socioøkonomiske hierarki end deres job i virkeligheden berettiger dem til. Med andre ord vil særligt gruppen af topledere og til dels gruppen af lønmodtagere på højt niveau være overvurderet i stikprøven.

Sygefravær og sygelighed

For de afhængige variable i ASUSI-undersøgelsen – sygefravær – findes der ikke nogen officielle statistikker som man helt uproblematisk kan sammenligne med for at vurdere repræsentativiteten af stikprøven. Her må strategien i stedet være at bruge oplysninger om sygefravær fra registre, hvilket gør det muligt at sammenligne nægterne med dem, der har svaret, med henblik på at afgøre om de afviger markant fra dem, der har svaret. Men det er klart, at det er et meget forsimplet tjek for repræsentativitet, da begrundelserne for sygefravær eller frekvensen af sygenærvarsepisoder ikke kan undersøges ad denne vej.

I tabel 2.5 har vi beregnet den gennemsnitlige sygefraværsgang i 2004 for hhv. gruppen af nægtende og den gruppe som har besvaret spørgeskemaet.

Tabel 2.5 *Sygefraværsgrad i 2004. Andele i pct.*

	Respondenter i ASUSI- undersøgelsen	Nægtere/bortfald
Sygefraværsgrad i 2004	14,7	16,0
T = 1,323 df = 21311, p = ,186		

Af tabel 2.5 fremgår det, at der er en lidt lavere sygefraværsgrad blandt de respondenter, der har svaret på spørgeskemaet sammenlignet med gruppen af nægttere. Men forskellen er ikke signifikant, og der er derfor ikke nogen grund til at være større bekymring for om dette skulle have betydning for resultaterne i form af en undervurdering af sygefraværet.

Hvis man laver den samme manøvre for gruppen af statsansatte får man det resultat, der er præsenteret i tabel 2.6.

Tabel 2.6 *Gennemsnitligt antal sygedage blandt statsansatte i 2004.*

	Respondenter i ASUSI- undersøgelsen	Nægtere/bortfald
Gennemsnitligt antal sygedage	5,7	5,9
T = ,267 df = 1090, p = ,790		

Sammenligningen viser et lignende billede, nemlig den, at der tilsyneladende er en lidt højere gennemsnitligt antal sygedage i den gruppe der ikke har svaret på spørgeskemaet sammenlignet med dem der har svaret. Men forskellen er minimal og langt fra statistisk signifikant og kan derfor ikke tilskrives nogen væsentlig betydning.

Konklusionen på dette afsnit må derfor være, at vi ikke har nogen videre grund til at tro, at der skulle være en systematisk under- eller overrepræsentation af respondenter med hensyn til deres sygefravær, men det kan selvfølgelig ikke afvises, da det kun er én af de mange sygefraværsvARIABLE, der er undersøgt her.

Variabel-indeks for undersøgelsen

Her følger en samlet liste over de variable, der findes i datasættet. Teksten i kursiv angiver de enkelte variables indhold og det spørgsmål, der har været spurgt i spørgeskemaet. Efterfølgende tekst angiver hvilken oprindelse variabelen har (CPR-træk, DREAM, Danmarks Statistik mv.). Hvis intet er angivet er der tale om en oprindelig variabel fra spørgeskemaet som ikke er modificeret. I de tilfælde hvor der ikke står svarkategorier er det fordi de er identiske for dem der er nævnt sidst (det er f.eks. tilfældet når der er tale om spørgebatterier fra samme skala, indeks). Der er ikke opgivet de afledte variable der er dannet på baggrund af grundoplysningerne.

Variabel	Beskrivelse af variabel inkl. spørgsmålsformulering og oprindelse
idnr	Angiver oprindelige løbenummer på det postomdelte spørgeskema og brugernavn for respondentens evt. internetbesvarelse.
birthyr	Angiver respondentens fødselsår. Dannet på baggrund af cpr-nummer.
age	Angiver respondentens alder i 2004. Dannet på baggrund af variabelen birthyr.
agecat	Angiver respondentens alder i 2004 indenfor 5 kategorier. Dannet på baggrund af variabelen age.
sex	Angiver respondentens køn. Rekodning af oprindelig tekstbaseret variabel fra CPR-træk.
komkod	Angiver respondentens bopælskommune pr. 1. august 2004. Oprindelig variabel fra CPR-træk.
amt	Angiver det amt respondenter boede i pr. 1. august 2004. Dannet på baggrund af variabelen komkod.
postnr	Angiver respondentens postnummer pr. 1. august 2004. Oprindelig variabel fra CPR-træk.
popden	Angiver befolkningstætheden pr. 1. januar 2003 i den kommune respondenter bor i. Variabel trukket fra hjemmesiden Kommunale Nøgletal (www.noegletal.dk)
type	Angiver respondentens etniske tilhørsforhold. Oprindelig variabel fra DREAM-registeret. (variabelen er missing for alle de personer der ikke har modtaget de overførselsindkomster der registreres i DREAM)
civst	Angiver respondentens civilstand. Oprindelig variabel fra DREAM-registeret. (variabelen er missing for alle de personer der ikke har modtaget de overførselsindkomster der registreres i DREAM)
civstx	Angiver respondentens civilstand. Rekodning af den tekstbaserede variabel civst.
day	Skriv venligst dagens dato. Angiver dato for besvarelsen. Dannet ved at tage de to første cifre i den 8-cifrede variabel der angiver både dag, måned og årstal.
month	Skriv venligst dagens dato. Angiver måned for besvarelsen. Dannet ved at tage tredje og fjerde cifre i den 8-cifrede variabel der angiver både dag, måned og årstal.
year	Skriv venligst dagens dato. Angiver årstal for besvarelsen. Dannet ved at tage femte til ottende cifre i den 8-cifrede variabel der angiver både dag, måned og årstal. I spørgeskemaet var 2004 fortrykt.
erhverv	Har du for øjeblikket et erhvervsarbejde? Jeg har aktuelt arbejde som... (lønmodtager 30 timer eller mere om ugen, lønmodtager under 30 timer pr. uge, selvstændig 30 timer eller mere pr. uge, selvstændig under 30 timer pr. uge, medhjælpende hustru, lærling eller elev (med løn))
arbmark	Har du for øjeblikket et erhvervsarbejde? Jeg er aktuelt... (i arbejde, i aktivering (fx skånejob, flexjob, jobtræning mv), midlertidigt fraværende pga. sygdom, midlertidigt fraværende pga. orlov (barsel, forældre, uddannelse), arbejdsløs, studerende, pensionist)
arbtim	Hvor mange timer arbejder du rent faktisk i gennemsnit pr. uge (inkl. evt. overarbejde og bibeskæftigelse)? (Angiv kun hele timer) (ca. ____ timer)
overarb	Hvor hyppigt arbejder du over? (Her tænkes både på overarbejde pålagt af din arbejdsgiver, og hvis du selv frivilligt arbejder over) (aldrig, få gange om året, hver måned, hver uge, hver dag)
samarb	I hvor høj grad kræver dit arbejde, at du arbejder sammen med andre? (i høj grad, i nogen grad, i ringe grad)
arbaft	Hvor ofte tager du arbejde med hjem, som du bruger dine aftener eller weekender på at udføre? (aldrig, få gange om året, hver måned, hver uge, hver dag)
arbtid	Hvilken arbejdstid har du sædvanligvis? (fast dagarbejde (mest arbejdstid mellem kl. 07-17), aftenarbejde (mest arbejdstid mellem kl. 14-24), natarbejde (mest arbejdstid mellem kl. 21-09), skifteholdsarbejde (faste regelmæssige skift), skiftende arbejdstider (fx skiftende vagter))
arbsted	Hvilket af følgende udsagn beskriver bedst, hvor du arbejder? (arbejder kun hjemme, arbejder mest hjemme lidt ude, arbejder mest ude lidt hjemme, arbejder kun ude)
pendling	Hvor lang tid skal du – alt i alt – bruge på at komme frem og tilbage til dit arbejde? (Hvis du bruger forskellige transportmidler, der ikke tager samme tid, så tag udgangspunkt i den tid, det oftest tager dig at komme frem og tilbage på arbejde) (under 15 min., 15-30 min., 30-45 min., 45-60 min., 1-1/2 time, 1-1/2-3 timer, over 3 timer)
siegeffa-siegocf	Hvordan passer følgende udsagn på dig?
siegeffa	Jeg er konstant tidspresset grundet stor arbejdsomfang. (uенig, enig det generer mig ikke, enig det generer mig lidt, enig det generer mig noget, enig det generer mig meget)
siegeffb	Jeg afbrydes og forstyrres hyppigt i mit arbejde.
siegeffc	Gennem de senere år er mit arbejde blevet mere og mere krævende.
siegeffd	Jeg har oplevet eller forventer at opleve uønskede ændringer på mit arbejde.
siegeffe	Jeg har stor risiko for at blive sagt op.
siegefff	Min udsigt til forfremmelse er dårlig.
siegrewa	Jeg modtager den respekt, jeg fortjener fra mine overordnede. (enig, uенig det generer mig ikke, uенig det generer mig lidt, uенig det generer mig noget, uенig det generer mig meget)
siegrewb	Når man tager al min anstrengelse og mine præstationer i betragtning, får jeg al den respekt og prestige, jeg fortjener

	<i>på mit arbejde.</i>
siegrewc	<i>Fremtidsudsigterne for mit arbejde står mål med mine anstrengelser og præstationer.</i>
siegrewd	<i>Min løn/indkomst står mål med mine anstrengelser og præstationer på mit arbejde.</i>
siegoca	<i>Jeg kommer let i tidsnød, når jeg arbejder. (belt uenig, delvis uenig, delvis enig, delvis uenig)</i>
siegocb	<i>Det sker tit, at jeg tænker på mit arbejde, lige når jeg vågner.</i>
siegocc	<i>Når jeg kommer hjem fra arbejde, har jeg let ved at koble af.</i>
siegocd	<i>Mennesker der står mig nær siger, jeg ofter mig for meget for mit arbejde.</i>
siegoce	<i>Jeg bliver aldrig færdig med mit arbejde. Selv om aftenen kører tankerne rundt i mit hoved.</i>
siegocf	<i>Hvis jeg udskyder noget, jeg skulle have gjort i dag, har jeg svært ved at sove om natten.</i>
workora-jobor	<i>I hvor høj grad er du enig eller uenig i de følgende påstande? (belt enig, delvis enig, hverken enig eller uenig, delvis uenig, helt uenig)</i>
workora	<i>Arbejde er bare en måde at tjene penge på og intet andet.</i>
workorb	<i>Det er ydmygende at modtage penge, hvis man ikke har arbejdet for dem.</i>
workorc	<i>Det er ens pligt overfor samfundet at arbejde.</i>
workord	<i>Arbejde kommer først, også selvom det betyder mindre fritid.</i>
jobor	<i>Jeg er stolt af den slags arbejde, jeg laver.</i>
gh1	<i>Hvordan synes du dit helbred er alt i alt? (fremragende, vældig godt, godt, mindre godt, dårligt)</i>
diabetes-andrefra	<i>Har du – inden for de sidste 12 måneder – haft nogen af nedenstående sygdomme? Hvor mange dage har du været sygemeldt pga. sygdommen? (ja, 0 dage, 1-7 dage, 8-14 dage, over 2 uger)</i>
diabetes/diabefra	<i>Sukkersyge/ diabetes?</i>
psyk/psykfra	<i>Psyisk sygdom (fx depression eller angst)?</i>
epilepsi/epilefra	<i>Epilepsi?</i>
migraene/migrafra	<i>Migræne eller tilbagevendende hovedpine?</i>
blodtryk/blodtfra	<i>Forhøjet blodtryk?</i>
blodprop/blodpfra	<i>Blodprop i hjertet eller hjertekrampe (angina)?</i>
bronch/broncfra	<i>Kronisk bronchitis?</i>
stofskif/stofsfra	<i>Stofskifte-sygdomme (for højt eller lavt stofskifte)?</i>
astma/astmafra	<i>Astma?</i>
hoefeber/hoefefra	<i>Høfeber/høsnue?</i>
eksem/eksemfra	<i>Eksem?</i>
underliv/underfra	<i>Underlivssygdom?</i>
diskus/diskufra	<i>Diskusprolaps?</i>
cancer/cancefra	<i>Kræftsygdom?</i>
slidgigt/sgigtfra	<i>Slidgigt?</i>
ledgigt/lgigtfra	<i>Leddegigt?</i>
andre/andrefra	<i>Andre sygdomme som ikke er nævnt på listen?</i>
arbevne1-arbevne6	<i>Er nogen af førnævnte sygdomme eller skader en hindring for dit nuværende arbejde? (markering eller ej)</i>
arbevne1	<i>Der er ingen hindring/ jeg har ingen sygdom eller skade.</i>
arbevne2	<i>Jeg er i stand til at udføre mit job, men det medfører nogle symptomer.</i>
arbevne3	<i>Jeg må nogle gange sætte arbejdstempoet ned eller ændre mine arbejdsmetoder.</i>
arbevne4	<i>Jeg må ofte sætte arbejdstempoet ned eller ændre mine arbejdsmetoder.</i>
arbevne5	<i>På grund af min sygdom føler jeg mig kun i stand til at klare et deltidsarbejde.</i>
arbevne6	<i>Jeg er ude af stand til at udføre et arbejde.</i>
vt1-vt4	<i>Disse spørgsmål handler om, hvordan du har haft det i de sidste 4 uger. Hvor stor en del af tiden... (hele tiden, det meste af tiden, en hel del af tiden, noget af tiden, på intet tidspunkt)</i>
vt1	<i>Har du følt dig veloplagt og fuld af liv?</i>
mh1	<i>Har du været meget nervøs?</i>
mh2	<i>Har du været så langt nede, at intet kunne muntre dig op?</i>
mh3	<i>Har du følt dig rolig og afslappet?</i>
vt2	<i>Har du været fuld af energi?</i>
mh4	<i>Har du følt dig trist til mode?</i>
vt3	<i>Har du følt dig udslidt?</i>
mh5	<i>Har du været glad og tilfreds?</i>
vt4	<i>Har du følt dig træt?</i>
vt	<i>Angiver respondentens vitalitet. Variablen er dannet på baggrund af standardprocedurer for SF-36 af variable vt1, vt2, vt3 & vt4.</i>
mh	<i>Angiver respondentens mentale helbred. Variablen er dannet på baggrund af standardprocedurer for SF-</i>

	36 af variable mh1, mh2, mh3, mh4 & mh5.
pss1-pss4	<i>Hvor ofte har du, inden for den sidste måned følt... (aldrig, næsten aldrig, af og til, ret ofte, meget ofte)</i>
pss1	<i>...at du ikke havde kontrol over vigtige forhold i dit liv?</i>
pss2	<i>...dig sikker på, at du kunne håndtere dine personlige problemer?</i>
pss3	<i>...at alting er gået som du ønsker?</i>
pss4	<i>...at problemerne har hobet sig op, så du ikke kunne klare dem?</i>
naksk	<i>Hvor meget har du alt i alt været generet af smerter eller ubehag i nakke eller skuldre inden for de sidste 12 måneder? (slet ikke, meget lidt, lidt, noget, en hel del, meget, særdeles meget)</i>
albuah	<i>Hvor meget har du alt i alt været generet af smerter eller ubehag i albuer, underarme eller hænder inden for de sidste 12 måneder?</i>
hoffod	<i>Hvor meget har du alt i alt været generet af smerter eller ubehag i hofter, knæ eller fjedled inden for de sidste 12 måneder?</i>
ryg	<i>Hvor meget har du alt i alt været generet af smerter eller ubehag i lænden inden for de sidste 12 måneder?</i>
fabq1-fabq4	<i>Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn om de smerter du har haft de sidste 12 måneder? (belt enig, næsten enig, delvis enig, delvis uenig, næsten uenig, belt uenig)</i>
fabq1	<i>Mine smerter skyldes fysisk aktivitet.</i>
fabq2	<i>Fysisk aktivitet gør smerterne værre.</i>
fabq3	<i>Mit arbejde kan være skadeligt for min ryg og andre dele af kroppen.</i>
fabq4	<i>Jeg kan ikke arbejde normalt, når jeg har smerter.</i>
scl_hvp-scl_svag	<i>I hvilken grad har du inden for de sidste 7 dage, inklusiv i dag, været plaget af... (slet ikke, lidt, noget, en hel del, særdeles meget)</i>
scl_hvp	<i>Hovedpine?</i>
scl_ryg	<i>Rygsmarter?</i>
scl_musk	<i>Muskelsmerter?</i>
scl_snur	<i>Følelsesløshed eller en snurrende fornemmelse i kroppen?</i>
scl_svag	<i>At du føler dig svag i kroppen?</i>
worry1-worry4	<i>I hvor høj grad er du i almindelighed bekymret over de følgende ting? (slet ikke, lidt, noget, en hel del, særdeles meget)</i>
worry1	<i>Dit helbred?</i>
worry2	<i>Om der er noget alvorligt galt med din krop?</i>
worry3	<i>At blive arbejdsløs?</i>
worry4	<i>Om du på grund af udviklingen bliver overflødig (fx pga. 'ny teknologi', flytning af jobs til andre lande, 'rationaliseringer')?</i>
arbevne	<i>Forestil dig, at din arbejdssevne er 10 points værd, når den er bedst. Hvor mange points mener du, din arbejdssevne er værd nu? (0-10 som tal)</i>
dmq1-dmq4	<i>Hvor ofte skal du – som en del af dit arbejde - ... (sjældent/aldrig, sommetider, ofte, (næsten altid)</i>
dmq1	<i>...gøre den samme bevægelse i lange perioder?</i>
dmq2	<i>...bruge din maksimale fysiske styrke?</i>
dmq3	<i>...lave fysiske hårdt arbejde?</i>
dmq4	<i>...udføre samme arbejdsopgave med arme, hænder eller fingre mange gange i minuttet?</i>
comandel	<i>Hvor stor en del af din arbejdstid arbejder du ved en computerskærm? (næsten hele tiden, cirka 3/4 af tiden, cirka 1/2 af tiden, cirka 1/4 af tiden, sjældent/ meget lidt, aldrig/ næsten aldrig)</i>
gindfl	<i>Hvor stor indflydelse har du normalt på tilrettelæggelsen og udførelsen af dit arbejde? (meget stor, ret stor, moderat stor, ikke så stor, ret lille, meget lille)</i>
gtidres	<i>Har du tilstrækkeligt med tid og ressourcer til at løse dine arbejdsopgaver tilfredsstillende? (i meget høj grad, i høj grad, i nogen grad, i mindre grad, i ringe grad, i meget ringe grad)</i>
gkrav	<i>Hvor krævende synes du alt i alt, dit arbejde er? (særdeles krævende, meget krævende, ret krævende, noget krævende, ikke så krævende, meget lidt krævende)</i>
geri	<i>Synes du din arbejdsindsats bliver tilstrækkeligt værdsat? (i meget høj grad, i høj grad, i nogen grad, i mindre grad, i ringe grad, i meget ringe grad)</i>
goc	<i>Føler du dig så forpligtet og involveret i dit arbejde, at du har svært ved at koble fra, når du kommer hjem? (i meget høj grad, i høj grad, i nogen grad, i mindre grad, i ringe grad, i meget ringe grad)</i>
gstim	<i>Er dit arbejde stimulerende, udviklende og engagerende? (i meget høj grad, i høj grad, i nogen grad, i mindre grad, i ringe grad, i meget ringe grad)</i>
gklim	<i>Hvordan er stemningen og det psykiske arbejdsklima på din arbejdsplads? (meget god, ret god, nogenlunde god, ikke så god, ret dårlig, meget dårlig)</i>
gstled	<i>Hvis du har problemer på dit arbejde, kan du så få den nødvendige hjælp og støtte fra din ledelse? (altid, næsten</i>

	<i>altid, som regel, ofte, af og til, sjældent/aldrig</i>
gstkol	<i>Hvis du har problemer på dit arbejde, kan du så få den nødvendige hjælp og støtte fra dine kollegaer? (altid, næsten altid, som regel, ofte, af og til, sjældent/aldrig)</i>
gledtlf	<i>Er du alt i alt tilfreds med den måde, din arbejdsplads ledes på? (i meget høj grad, i høj grad, i nogen grad, i mindre grad, i ringe grad, i meget ringe grad)</i>
garbtlf	<i>Hvor tilfreds er du alt i alt med dit arbejde? (meget tilfreds, ret tilfreds, tilfreds, lidt utilfreds, ret utilfreds, meget utilfreds)</i>
antsygd	<i>Cirka hvor mange arbejdsdage har du været fraværende på grund af sygdom de sidste 12 måneder? (1 uge = 5 arbejdsdage, 2 uger = 10 arbejdsdage osv.) (0 dage, 1-2 dage, 3-5 dage, 6-10 dage, 11-20 dage, 21-40 dage, over 40 dage)</i>
antsygm	<i>Hvor mange gange har du sygemeldt dig de sidste 12 måneder? (ingen, 1 gang, 2-3 gange, 4-5 gange, 6-10 gange, over 10 gange)</i>
sfbega-sfbegot	<i>Tænk på de gange du har været sygemeldt de sidste 12 måneder og overvej, hvad de primære grunde har været til, at du meldte dig syg? I hvor høj grad skyldtes dine sygemeldinger... (I høj grad, I nogen grad, I ringe grad, Slet ikke)</i>
sfbega	<i>...følger efter ulykke på arbejdet (fx snitsår, forvridning af led mv)?</i>
sfbegb	<i>...følger efter ulykke i hjemmet, trafikuheld eller i forbindelse med fritidsinteresser?</i>
sfbegc	<i>...smerter i nakke, ryg, arme eller ben, som ikke skyldtes ulykker?</i>
sfbegd	<i>...forkølelse, influenza eller anden forbigående sygdom?</i>
sfbegf	<i>...længerevarende sygdom eller operation?</i>
sfbegb	<i>...personlige problemer eller problemer i familien?</i>
sfbegh	<i>...at du skulle passe et sygt barn (udover barnets første sygedag)?</i>
sfbegb	<i>...at du havde hårdt brug for en fridag (fx til at koble af)?</i>
sfbegi	<i>...problemer eller kontroverser med dine kollegaer?</i>
sfbegj	<i>...problemer eller kontroverser med din chef?</i>
sfbegk	<i>...vold/ trusler fra kunder/ klienter/ patienter/ elever mv.?</i>
sfbegl	<i>...mobning?</i>
sfbegm	<i>...sexchikane?</i>
sfbegn	<i>...at du var nødt til at gå til tandlæge, læge eller lignende?</i>
sfbego	<i>...andet</i>
sfbegot	<i>...andet (skriv hvad). Indeholder den tekst respondenten evt. har skrevet som anden begrundelse for sit sygefravær end de grunde der var mulighed for at give.</i>
sygnaer	<i>Hvor mange gange inden for de sidste 12 måneder er du gået på arbejde, selvom du med rimelighed kunne have meldt dig syg? (ingen, 1 gang, 2-3 gange, 4-5 gange, 6-10 gange, over 10 gange)</i>
snbega-snbegh	<i>Hvilke af de følgende grunde beskriver bedst, hvorfor du gik på arbejde, selvom du var syg? (I høj grad, I nogen grad, I ringe grad, Slet ikke)</i>
snbega	<i>Hensyn til kolleger?</i>
snbegb	<i>Hensyn til kunder/ klienter/ patienter/ elever mv.?</i>
snbegc	<i>Hensyn til din karriere?</i>
snbegd	<i>At arbejdet ellers bøber sig op?</i>
snbegf	<i>Jeg sætter en ære i ikke at have noget sygefravær?</i>
snbegg	<i>Frygt for at kolleger bliver sure?</i>
snbegh	<i>Frygt for at blive fyret?</i>
snbegh	<i>Økonomiske årsager (fx at du ville miste en bonus, ikke havde råd til at nøjes med sygeløn mv.)?</i>
franorma-franormg	<i>Undertiden opstår situationer, hvor man overvejer at sygemelde sig for at klare en situation, hvor man ikke har mulighed for at tage en fridag. Angiv for hvert af nedenstående eksempler – på en skala fra 1 til 5 – hvor rimeligt du mener, det er at sygemelde sig i den pågældende situation? (Helt urimeligt at melde sig syg, 2, 3, 4, Helt rimeligt at melde sig syg)</i>
franorma	<i>A's 7 årige barn har feber for anden dag i træk. Barnet kan passes af nogle bekendte.</i>
franormb	<i>B har lige haft et stort skanderi med sin partner og kan ikke rigtig koncentrere sig, før situationen er afklaret.</i>
franormc	<i>Der er så meget at lave på arbejdet, at C ikke kan overskue det, og C føler, at han/ hun snart ikke kan klare mere.</i>
franormd	<i>D er lidt småforkølet, og hendes/ hans næse løber, men har det ellers fint. Selvom D godt kunne gå på arbejde, ved hun/ han, at hendes/ hans kolleger ville have meldt sig syge, hvis de var i samme situation.</i>
franorme	<i>E's børn har fri fredagen mellem Kr. Himmelfart og lørdag. Der er ikke så meget at lave på arbejdspladsen den dag.</i>
franormf	<i>F har en temperatur på 38,2 og føler sig lidt utilpas. F ved dog, at der allerede er for få til at gøre arbejdet på hans/ hendes arbejdsplads.</i>

franormg	<i>G har ondt i hele kroppen efter en hård arbejdsuge. G ved, at hun/han kun bliver helt frisk, hvis hun/han bliver hjemme fra arbejdet om mandagen.</i>
famtlf	<i>Hvor tilfreds er du alt i alt med dit familieliv? (meget tilfreds, ret tilfreds, tilfreds, lidt utilfreds, ret utilfreds, meget utilfreds)</i>
opghjema-opghjemh	<i>Hvem gør følgende opgaver i din husholdning? (altid mig, for det meste mig, deler ligeligt med min samlever, for det meste min samlever, altid min samlever, en tredje person, udføres ikke)</i>
opghjema	<i>Laver mad?</i>
opghjemb	<i>Vasker tøj?</i>
opghjemc	<i>Foretager daglige indkøb?</i>
opghjemd	<i>Gør rent i boligen?</i>
opghjeme	<i>Bringer børn til institution?</i>
opghjemf	<i>Henter børn til institution?</i>
opghjemg	<i>Passer børn ved sygdom?</i>
opghjemh	<i>Udfører småreparationer i huset?</i>
arbhjkoa-arbhjkod	<i>Hvor ofte har du – inden for de sidste 12 måneder – haft det på følgende måde? ((hele tiden, det meste af tiden, en del af tiden, noget af tiden, på intet tidspunkt)</i>
arbhjkoa	<i>At du har været så træt, når du kom hjem fra arbejde, at du ikke har orket de huslige pligter, som skulle gøres?</i>
arbhjkob	<i>At du gerne ville have mere tid til dig selv?</i>
arbhjkc	<i>At det har været svært for dig at leve op til dine familieforpligtelser på grund af den tid, du har brugt på dit arbejde (forpligtelser overfor både børn og partner)?</i>
arbhjkod	<i>At det er mere anstrengende at være hjemme end på arbejde?</i>
gsthjem	<i>Hvis du har problemer, kan du så få den nødvendige hjælp og støtte fra din familie og venner? (altid, næsten altid, som regel, ofte, af og til, sjældent/aldrig)</i>
sockap1-sockap2	<i>Hvor ofte vil du have mulighed for at få hjælp til følgende opgaver af dem du kender? (Her tænkes på personer udover dem, du bor sammen med) Ville en af disse personer... (ja altid/ som regel, ja sommetider, ja en gang imellem, nej sjældent/ aldrig, ikke relevant)</i>
sockap1	<i>...kunne passe dit barn, fx hvis det blev sygt?</i>
sockap2	<i>...kunne gøre nogle indkøb, hente dine børn eller sørge for andre praktiske ting i hjemmet, hvis du fx er sløj eller har travlt?</i>
sockap3-sockap5	<i>Kender du nogen, der ville kunne... (ja, nej, ved ikke)</i>
sockap3	<i>...skaffe eller låne dig 10.000 kr. til en uforudset udgift inden for en uge? (Her tænkes ikke på om du kan låne pengene i banken)</i>
sockap4	<i>...hjælpe dig eller din ægtefælle/samlever med at skaffe et nyt job?</i>
sockap5	<i>...hjælpe dig med sagsbehandlingen overfor en offentlig myndighed?</i>
persgod1-persg4x	<i>Findes der nogen af følgende personalegoder på din arbejdsplads? Benytter du dig af det? (markeringer i to kolonner)</i>
persgod1-persg1x	<i>Mad & drikke (fx kantine m. tilskud, gratis kaffe/ frugt el. lign)?</i>
persgod2-persg2x	<i>Massage, fysioterapi, motionsrum o. lign?</i>
persgod3-persg3x	<i>Rådgivning (fx socialrådgiver, psykolog el. lign)?</i>
persgod4-persg4x	<i>Ekstra sygeforsikring for de ansatte (fx til behandling på privathospital)?</i>
anstid1	<i>Er dit ansættelsesforhold tidsbegrænset? (ja, nej)</i>
anstid2	<i>Hvor mange måneder har du tilbage af dit ansættelsesforhold? (0-1 måned, 2-6 måneder, 7-12 måneder, 1-2 år, over 2 år)</i>
anstid3	<i>Er der mulighed for forlængelse eller fastansættelse, når den tidsbegrænsede periode udløber? (nej der er næppe mulighed for forlængelse, ja der er måske mulighed for forlængelse eller fastansættelse, ja der er gode muligheder for enten at få forlænget min ansættelse eller blive fastansat)</i>
stilling	<i>Hvad er din stilling helt nøjagtigt? (Du bedes angive det så præcist som muligt, fx 'murermester', 'murersvend', 'murerarbejdsmand', ikke kun 'murer')</i>
branche	<i>Hvad er din branche helt nøjagtigt? (fx 'autorværksted', 'plastindustri', 'plejehjem')</i>
ledansv	<i>Har du ledelsesansvar? (ja, nej)</i>
ledant	<i>Hvor mange underordnede har du? (1-5, 6-10, 11-25, 26-50, over 50)</i>
mlq1-mlq4	<i>Vurder for hvert udsagn, hvor ofte beskrivelsen passer på din nærmeste leder? (aldrig, sjældent, nogen gange, ofte, altid)</i>
mlq1	<i>Behandler mig som et individ og ikke blot som et medlem af en gruppe.</i>
mlq2	<i>Har kun øje for uregelmæssigheder, fejl, undtagelser og afvigelser.</i>
mlq3	<i>Er ikke til stede, når der er brug for ham/hende.</i>
mlq4	<i>Opsøger forskellige meninger, når problemer skal løses.</i>

anstid	<i>Hvor lang tid har du været ansat på din nuværende arbejdsplads? (under 12 mdr., 1-2 år, 3-5 år, 6-10 år, 11-15 år, 16-25 år, over 25 år)</i>
gpangst	<i>Har du som person tendens til at være bekymret, nervøs eller lidt sortseende? (slet ikke, meget lidt, lidt, noget, en del, ret meget, meget)</i>
gptypea	<i>Har du som person tendens til at være konkurrenceorienteret, ærekar, ambitiøs og lidt utålmodig?</i>
gpselfef	<i>Er du en person, der næsten altid kan løse vanskelige problemer, klare uforudsete situationer og nå dine mål?</i>
alkohol	<i>Hvor mange genstande drikker du normalt i løbet af en uge? (0, 1-7, 8-14, 15-21, 22-28, 29-35, over 35)</i>
weight-height	<i>Højde og vægt (Angiv kun hele tal)</i>
weight	<i>Din vægt (___ kg)</i>
height	<i>Din højde (___ cm)</i>
ryger	<i>Ryger du til daglig? (ja, nej men jeg har røget, nej har aldrig røget)</i>
fysakt	<i>Hvis du skal anføre dine fysiske aktiviteter i fritiden, berunder transport til og fra arbejde indenfor det sidste år, i hvilken gruppe mener du så, du skal placeres? (næsten helt fysisk passiv eller let fysisk aktiv i mindre end 2 timer pr uge, let fysisk aktivitet fra 2-4 timer pr. uge, let fysisk aktivitet i mere end 4 timer pr uge eller mere anstrengende fysisk aktivitet i 2-4 timer pr uge, mere anstrengende fysisk aktivitet i mere end 4 timer eller regelmæssig hård træning og evt. konkurrencer flere gange pr. uge)</i>
sportkat	<i>Dyrker du sport eller motion? (Det behøver ikke være i en klub eller sammen med andre) (ja, ja men ikke for tiden, nej)</i>
sporttxt	<i>Hvis du har svaret ja, hvilken slags sport eller motion er/var det?</i>
Variable fra DREAM-registeret	
countlong	<i>Angiver antallet af uger fra spørgeskemabesvarelse til første sygemelding af mindst 2 ugers varighed eller til censurering.</i>
ensorlong	<i>Angiver grunden til censurering (censureret pga. manglende observationer, censureret pga. udtræden af arbejdsstyrke, censurering pga. sygemelding af mindst 14 dages varighed)</i>
sa14yb	<i>Angiver om respondenter har været sygemeldt mindst én gang af mindst 14 dages varighed i året før spørgeskemabesvarelsen. (ja/nej)</i>
pro_arblo	<i>Angiver om respondenter har modtaget arbejdsløshedsdagpenge i opfølgningsperioden (ja/nej).</i>
Variable fra Danmarks Statistik	
husindk04	<i>Angiver den samlede indkomst i den husstand respondenter bor for skat i 2004. Er dannet ved at addere personlig indkomst med evt. samlevers indkomst.</i>
edu04	<i>Angiver den højest fuldførte uddannelse respondenter har taget pr. 1 oktober 2003..</i>
antb	<i>Angiver antal hjemmeboende børn under 18 år i respondenter husstand pr. 1. januar 2004.</i>
prak04x	<i>Angiver antal uger med kontakt til praktiserende læge i 2004.</i>
antmed04r	<i>Angiver antallet af medarbejdere på den virksomhed respondenter arbejdede ultimo november 2004.</i>
Variable fra subpopulationer	
countshort	<i>Angiver antallet af dage fra spørgeskemabesvarelse til første sygemelding uanset længde eller til censurering.</i>
ensorshort	<i>Angiver grunden til censurering (censurering pga. sygdom, censureret pga. manglende observationer)</i>
pro_antsygm	<i>Angiver antallet af sygemeldinger i opfølgningsperioden.</i>
pro_antsygd	<i>Angiver antallet af sygedage i opfølgningsperioden.</i>

Appendiks 2

Metodiske overvejelser vedr. kvalitativ del

Det overordnede formål med de kvalitative interviews er at supplere det kvantitative erfaringsmateriale med en mere dybdegående analyse af forskellige gruppers forståelse af deres måde at praktisere sygefravær på. Helt banalt kan man måske formulere det sådan, at de kvantitative analyser kan pege i retning af nogle (systematiske) forskelle i danskernes sygefraværspraktikker, men de vil aldrig kunne *forklare* dem. Det skal der bruges en (sociologisk) teori for at kunne gøre eller også må man benytte sig af de sygemeldtes egen forståelse af deres handlinger.

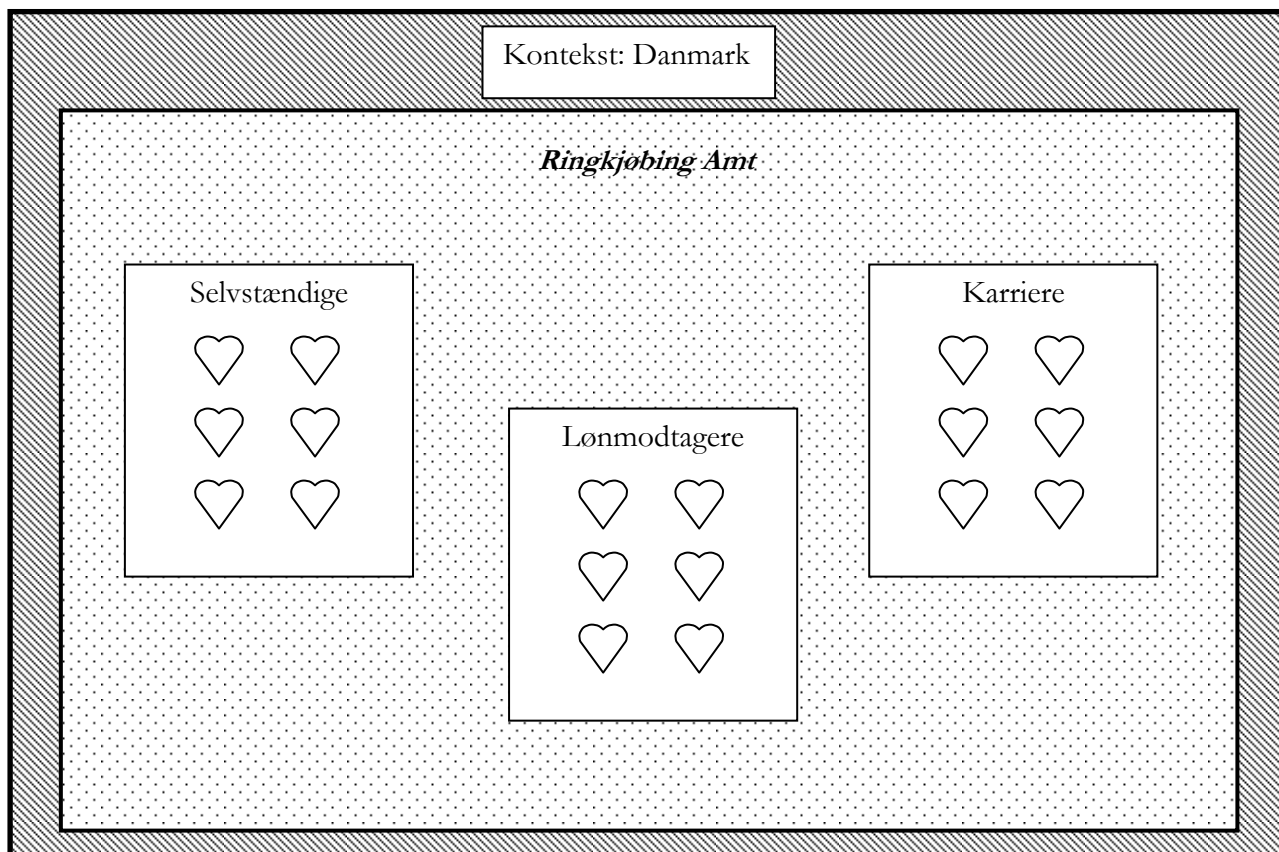
Heraf følger, at den kvalitative delanalyse må være eksplorativ, da den søger at identificere forskelle i perspektiv på sygefravær. Handler forskellige grupper ens i relation til sygefravær, men fortolker de deres handlinger forskelligt? (Er motiverne til den samme handling – fx at gå syg på arbejde – forskellige mellem forskellige grupper?) Eller er handlingerne i relation til sygefravær fundamentalt forskellige mellem forskellige grupper, fordi de fortolker dem i lyset af forskellige forståelseshorisonter? Det underliggende motiv for denne fremgangsmåde er, at det man indenfor sygefraværslitteraturen opfatter som et helt igennem objektivt og neutralt begreb – nemlig sygefravær – ikke nødvendigvis har den samme mening og betydning ja endside definition i forskellige sociale grupper. En gruppe af mennesker vil måske definere den type af symptomer i armen som sygdom og dermed begrundelse nok til at tage fravær, mens en anden gruppe nok vil anerkende symptomerne men ikke mener det er alvorligt nok, mens en helt tredje gruppe måske slet ikke vil definere symptomerne som sygdom. Pointen bliver at den tilsyneladende neutrale beskrivelse af fordelingen af sygefraværsdage/antal sygemeldinger måske allerede er biased, fordi den baserer sin forståelse af sygefravær på common-sense (dvs. den begrebsliggørelse af sygefravær som er hegemonisk i vores samfund). Dette er ikke alene problematisk rent erkendelsesmæssigt, men det får også konkret betydning, hvis man f.eks. skulle formulere 'forebyggelsesinitiativer' i relation til sygefravær, da man i et sådant tilfælde ikke kan nøjes med at formulere ét perspektiv, men derimod altid må formulere lige nøjagtig så mange politikker, som der er forskellige perspektiver på sygefravær (i hvert fald hvis man i så høj grad som muligt vil undgå utilsigtede konsekvenser af politikken og at den i værste fald slet ikke vil virke fordi det implicitte sygefraværsbegreb slet ikke stemmer overens med det begreb den gruppe man ønsker at lovgive omkring benytter sig af).

Case-design

Den grundlæggende strategi for indsamlingen af de kvalitative interviews er således, at nå en så forskelligartet masse af informanter for på den måde at få så mange forskellige perspektiver på sygefravær som overhovedet muligt. For at opnå denne diversitet er det nødvendigt at operere med en række forskellige teoretiske kriterier for systematisk udvælgelse af denne gruppe informanter. Man kan betragte strategien for udvælgelsen af de enkelte informanter indenfor rammerne af et 'single case (embedded) design' (Yin, 2003) eller med andre ord en enkelt case med flere niveauer af

analyseenheder, som alle er 'indlejret' i casen. Nedenstående figur illustrerer pointen ved denne fremgang:

Figur 1: Case-design



Som det fremgår af figuren er der altså tale om, at Ringkjøbing Amt er den overordnede case, som skal analyseres med udgangspunkt i det kvalitative erfaringsmateriale. Valget af Ringkjøbing Amt (herefter forkortet RA) sker ud fra den betragtning, at min arbejdsplads AMK-Herning på indsamlingstidspunktet servicerede netop denne del af landet. Men derudover er amtet i flere henseender også en 'ekstrem' case, når man ser på sygefravær. Hvis man ser på antallet af sygemeldinger, så er RA det amt, hvor den største andel *ingen* sygemeldinger har. 39% af de erhvervsaktive i RA har *ingen* sygemeldinger mod 30% i gennemsnit i Danmark som helhed og helt ned til 20% i Københavns Kommune. Én del af denne forskel kan formentlig forklares ud fra, at indbyggerne i RA generelt lever længere end gennemsnittet af danskerne (og derfor må formodes at være mindre syge end dem også) (SUSY, 2006). Denne forskel i sygelighed er i sig selv interessant, fordi livsstilen blandt de erhvervsaktive i RA enten er som gennemsnittet blandt de erhvervsaktive danskere eller lidt ringere (f.eks. hvis man ser på andelen af BMI større end 30 eller den andel, der dyrker megen motion). Samtidig er RA meget gennemsnitligt, hvis man ser på indbyggernes sociale status – den gennemsnitlige husstandsindkomst for familier er lige under gennemsnittet for landet som helhed, mens RA (sammen med Bornholm) er det amt, som har den laveste andel af personer med længerevarende videregående uddannelse (Statistikbanken, 2009, tabel KRHFU1). Givet den klare viden, der findes om

sammenhængen mellem hhv. livsstil og helbred samt social klasse og helbred (Allebeck & Mastekaasa, 2004b) er der altså intet, der skulle tale for, at sygemeldingerne i RA er væsentligt under gennemsnittet udelukkende ud af helbredsmæssige grunde. Det viser sig da også, hvis man ser på de erhvervsaktives *holdninger* til sygefravær, at RA er det amt med de erhvervsaktive, som har det mest restriktive syn på det at det melde sig syg. Kun 18% har det man kunne kalde 'liberale holdninger til fravær' mod et gennemsnit i Danmark som helhed på 30% og en andel i Københavns Kommune på hele 47%. Ud fra disse betragtninger er der ingen tvivl om, at RA – i hvert fald i forhold til centrale aspekter af sygefraværspraktikken – udgør en 'ekstrem' case sammenlignet med Danmarks øvrige amter, hvilket gør den ideel til nærmere studier.

Teoretisk sampling

Udvælgelsen af informanterne *indenfor* RA sker med udgangspunkt i den erhvervsgruppe de tilhører og *to* teoretiske kriterier, der knytter an til erhvervet og/eller informantens arbejdsmarkedsstatus: 1) *livsformsbegrebet* og 2) *arbejdets genstand*.

Ad 1) Produktionsmåde/livsformer:

Umiddelbart er der 2 grunde til, at produktionsmåde/livsformsbegrebet (Højrup, 1983) kan tænkes at være et vigtigt strukturerende begreb ifht måden sygefravær bliver praktiseret på. 1) At være fraværende fra arbejde (hvilket ligger implicit i *sygefraværs*begrebet) forudsætter, at der er en adskillelse mellem den del af livet man opfatter som (løn)arbejde og noget andet (f.eks. livet i familien). Denne adskillelse er ikke universel ej heller i moderne kapitalistiske samfund. Denne forskel i gruppers sammenknytning til produktionsmåder i samfundet griber livsformsdistinktionerne som Højrup har udviklet dem på en fornuftig måde. 2) Disse strukturelle forskelle i hvordan arbejdet er organiseret i forhold til resten af ens liv kunne man forestille sig slår igennem i folks tanker, refleksioner og forestillinger om det at arbejde (det man med et andet begreb måske kunne kalde deres 'arbejdsorientering') – altså, at der også er knyttet ideologiske forskelle til livsformerne (hvilket igen også er noget Højrup peger på). Både de strukturelle og de ideologiske forskelle må a priori formodes at have betydning for måden sygefraværet praktiseres på.

Ad 2) Arbejdets genstand:

Den klassiske marxistiske analyse af arbejdet (som Højrup er inspireret af) forholder sig ikke direkte til, at arbejdet kan have forskellige genstande. Her forudsættes implicit, at gentanden er 'naturen' som bearbejdes og underkastes menneskenes kontrol. En sådan indsnævring af arbejdsbegrebet til kun at omfatte bearbejdning af ('døde') ting er ikke holdbar i de moderne kapitalistiske samfund og den må i hvert fald udbredes til at omfatte 3 yderligere 'genstande', hvoraf to må opdeles i to underkategorier for at skelne mellem på en tilstrækkelig måde mellem forskellige erhverv, så der i alt er 6 kategorier af 'genstande' man kan arbejde med: (*ikke-menneskelige*) *levende organismer*, to typer af *døde (fysiske) ting* – én der har at gøre med *produktion* og en anden der har at gøre med *service, mennesker*, som kan opdeles i underkategorierne: *omsorg og service* og slutteligt (*immaterielle*) *symboler*. Argumentationen for hvorfor genstanden ikke er ligegyldig kan findes tildels i Adorno's forestilling om 'genstandens primat' (Adorno, 1998b) og tildels i erkendelsen af, at de arbejdsbetingelser, der findes i relation til forskellige genstande, er vidt forskellige. Den generelle pointe (som man som nævnt kan argumentere for udfra Adorno) er, at

sociologien alt for ofte konstrueres på en sådan måde, at den (fysiske) genstand som er objekt for ens analyse ignoreres og betragtes som ligegyldig. Et godt eksempel kunne være musiksociologien, hvor det er interaktionerne mellem de mennesker, der spiller musik, dem der lytter til musikken osv. der er i fokus, og hvor selve genstanden for deres interaktion – musikken – overhovedet ikke behandles. Sociologien bør ikke nøjes med at forholde sig til den måde mennesker interagerer i forhold til hinanden (subjekt-subjekt relationer), men må også altid studere interaktionen mellem subjekt og objekt (altså mellem det arbejdende menneske og genstanden for hendes arbejde). Da min undersøgelse er delvist eksplorativ kan jeg af naturlige grunde ikke sige om der er og i så fald hvilke forskelle i måder at praktisere sygefravær på man vil opdage ved at undersøge på tværs af forskelle i arbejdets genstand. Derudover er det helt indlysende, at mange arbejdsmiljøbelastninger i altovervejende grad er et resultat af interaktionen mellem subjekt og objekt (fx problemstillinger som tunge løft, ensidigt gentaget arbejde, kemiske stoffer, indeklima mm).

De to teoretiske kriterier giver tilsammen 18 forskellige kombinationer af livsformer og arbejdsgenstande hvilket gerne skulle gribe en meget bred samling af erhvervsgrupper med en tilpas diversitet både i forhold til rent strukturelle forhold på arbejdsmarkedet men også i relation til deres (ideologiske) forståelse af det at arbejde og være sygefraværende. Hvis man samler de 18 kategorier i et skema får man det resultat, der er vist i figur 4.

Hvis man reflekterer nærmere over det vil det ikke komme som nogen overraskelse, at der ville kunne vælges mange forskellige erhvervsgrupper til hver af de enkelte kategorier i skemaet, og det har derfor været nødvendigt at anvende en række yderligere kriterier til den endelige udvælgelse af erhvervene. Her er der blevet taget udgangspunkt i en række oplysninger fra det kvantitative erfaringsmateriale, som på den ene side kan siges at være af betydning for folks sygefraværspraktikker og som på den anden side er forhold, der har en sådan karakter, at de ikke udelukkende er individuelle, men derimod i princippet vil være strukturelle vilkår for et helt erhverv. Af nedenstående liste fremgår de i alt 13 kriterier, der har været anvendt:

Figur 2: Kriterier til valg af cases

<u>Fysisk Arbejds miljø:</u>
Fysisk hårdt arbejde
Ensidigt gentaget arbejde
<u>Psykisk Arbejds miljø:</u>
Psykkiske anstrengelser i jobbet
Indflydelse på arbejde
Krav i jobbet
Anerkendelse (løn samt prestige/respekt)
<u>Arbejdsorientering:</u>
Ikke-økonomiske motiver til arbejde
Arbejdets vigtighed ifht fritid
<u>Sygefraværspraktik:</u>
Sygenærværnsniveau
Sygefraværnsniveau
Sygefraværnsnormer
<u>Bekymringer:</u>
Bekymring for arbejdsløshed

De ovenstående kriterier er alle forhold, der kan have betydning for en persons sygefraværspraktik, og hvis distinktioner ikke er spredt *tilfældigt* blandt de erhvervsaktive, men som i høj grad er 'strukturelt bestemt' og derfor hænger sammen med den erhvervsgruppe et individ tilhører.

Lad mig præcisere lidt nærmere hvordan den helt konkret udvælgelse af de 18 erhverv er foregået. Det er forholdsvist enkelt at skelne mellem selvstændige og lønmodtagere/karriere, mens det er mere vanskeligt at skelne mellem lønmodtager livsformen og den karriereorienterede livsform. Her har fremgangsmåden været den at se på den gennemsnitlige profil for erhvervene når det gælder deres arbejdsorientering. En arbejdsorientering der bærer præg af at arbejde ikke udføres udelukkende af økonomiske motiver og at arbejde er vigtigere end ens fritid har været brugt som pejlemærke til at skelne de to livsformer fra hinanden ligesom de erhverv man traditionelt har opfattet som et 'kald' (fx læge, lærer, advokat mm) også er blevet betegnet som tilhørende karrierelivsformen uanset erhvervenes gennemsnitlige profil ifht de to spørgsmål.

Til at skelne mellem hvilken genstand, der er for arbejdet, har der udelukkende været tale om at kategorisere i alt 100 forskellige erhverv som tilhørende én af de seks kategorier. Figur 3 viser som eksempel de erhverv, der er placeret i kategorien 'levende organismer'.

Resultatet af ovenstående analyse bliver som nævnt at der for en lang række af kombinationerne mellem arbejdsgenstand og livsform bliver et meget stort antal erhverv som i princippet kunne bruges som case. Til at vælge disse ud er der herefter trukket på de resterende 11 kriterier, der er oplistet i figur 2 ovenfor.

Figur 3 Eksempel: Erhverv i kategorien 'levende organismer'



Gårdbestyrer
Biolog
Biokemiker
Hortonom
Dyrlæge
Skovfoged
Agrarøkonom
Veterinærsygeplejerske
Kartoffelavler
Gartner
Fodermester
Dyrepasser
Landmand
Skovbrug
Skovløber
Kystfiskeri
Havfiskeri
Landarbejder

Figur 4: Skema over kombinationer af livsform og arbejds-genstand

	Genstand for arbejdet					
Livsform	Døde ting			Mennesker		
	Organismer	Industri	Service	Omsorg	Service	Symboler
<i>Selvstændig</i>	Gårdejer	Ledelse < 10 (Selvstændig elektriker/VVS-mand)	Vinduespudser	Praktiserende læge	Ledelse < 10 (Selvstændig frisør)	Ledelse > 10 (Reklamebureau-ejer)
<i>Lønarbejder</i>	Gartner	Slakteriarbejder	Lastbilchauffør	Hjemmehjælper	Buschauffør	Computertekniker
<i>Karriere</i>	Biolog	Præcisionshåndværker (Guldsmed)	Sekretær	Folkeskolelærer	Bankfuldmægtig	Adm. Direktør

Procedure for udvælgelse af informanter:

Efter at have udvalgt de 18 erhverv, der skulle inkluderes i den kvalitative del af undersøgelsen, og bestemt hvilken livsform hver af disse erhverv skulle tilhøre gik den egentlige jagt på en informant i gang. Det foregik primært ved kontakt til fagforeninger og arbejdsgiverforeninger. I alle tilfælde blev der stillet ønske om, at de af organisationerne udvalgte informanter ikke havde tillidshverv. Det skete ud fra den betragtning, at personer med tillidshverv i gennemsnit vil være mere engagerede i arbejdsmiljøproblemstillinger og måske også i ditto vedr. sygefravær, hvorfor deres svar ikke ville være repræsentative for den generelle situation indenfor dette erhverv. I ca. 5 af tilfældene viste det sig dog, at informanterne alligevel havde sådanne tillidshverv, mens de resterende ikke havde. I en række tilfælde var fagforeningerne ikke samarbejdsvillige, hvorfor jeg forsøgte at lave tilfældig udvælgelse indenfor de respektive erhverv. I tilfældet med vinduespolerere lavede jeg ved hjælp af telefonbogen en komplet liste over samtlige vinduepolerer i den pågældende by og udtrak derefter min informant ved lodtrækning. I forhold til de navne jeg fik stillet til rådighed via fagforeninger fik jeg i visse tilfælde også mulighed for lodtrækning i det jeg bad om 10 navne og derefter udtrak ét af disse til interviewet. Pointen med den tilfældige udtrækning var at jeg på den måde nemmere ville kunne komme i kontakt med et 'helt almindeligt menneske' indenfor det respektive erhverv.

Interviewene blev i de fleste tilfælde foretaget i informanternes eget hjem eller på deres arbejde. Enkelte af informanterne var dog også på besøg på min arbejdsplads. Interviewene tog mellem 45 minutter og 1 time og 45 minutter og blev efterfølgende transkriberet af et team på 3 studentermedhjælpere.

Den endelige tekst blev kodet i Nvivo med udgangspunkt i spørgeguiden sådan at hvert af de overordnede spørgsmål blev kodet. På den baggrund blev der lavet forskellige notater der samlede op på de enkelte respondents svar på forskellige spørgsmål ligesom der indgik de mest interessante passager fra interviewene i dette notat.

Alfabetisk liste over informanter:

Annisette, tarmrenser, 41 år, gift med 3 børn

Andreas, gårdejer, 39 år, gift med 4 børn, tillidsposter i landboorganisation

Belinda, folkeskolelærer, 55 år, enke, 3 børn, hvor af 2 udeboende

Bill, lastbilchauffør, 38 år, gift med 2 børn

Birthe, buschauffør, 28 år, ugift med 1 barn

Hillary, souschef/sekretær, 42 år, gift med 2 børn

Jannik, marinebiolog, 43 år, gift med 2 børn

Jeff, fabrikschef, 42 år, gift med 3 børn, hvoraf 1 udeboende

Jesper, erhvervsrådgiver, 37 år, gift med 2 børn

Julian, programmør, 28 år, ugift, ingen børn

Keld, guldsmed, 40 år, ugift, 1 barn som bor hos moderen

Kitty, frisørmester, 43 år, gift med 2 børn

Niller, praktiserende læge, 56 år, gift med 2 børn alle udeboende

Olivia, hjemmehjælper, 53 år, gift med 3 børn alle udeboende, tillidskvinde

Pete, ejer af el-installationsvirksomhed, 50 år, gift med 3 børn hvor af 2 udeboende, tillidshverv i arbejdsgiverorganisation

Preben, gartner, 57 år, gift, 2 børn alle udeboende, tillidsmand

Stephen, vinduespolerer, 52 år, gift med 2 børn alle udeboende

Ursula, ejer af grafisk virksomhed, 52 år, gift, 2 børn, hvor af 1 udeboende, tillidshverv i arbejdsgiverorganisation

Interviewguide

Arbejde

- Start med at fortælle dit arbejdslivs historie – altså hvordan du er endt op med et job som det du har i dag.
- Fortæl kort om dit nuværende arbejde
 - Hvad er dine primære arbejdsopgaver
 - Hvilke ting synes du er sjovest at arbejde med? Hvorfor?
 - Og hvilke du helst ikke vil lave? Hvorfor ikke?
- Hvad er et godt arbejde for dig?
 - Løn?
 - Udfordring?
 - Kollegaer?
 - Faste rammer?
 - Prestige?
- Hvor vigtig er det for dig at arbejde? Hvad betyder dit arbejde for dig? Ville du stoppe med at arbejde hvis du ikke behøvede at gøre det? Hvorfor? Hvorfor ikke?
- Er du blevet det du forestillede dig du ville blive? Hvad ville du vælge, hvis du skulle vælge i dag?

Personlige erfaringer med sygefravær

- Hvor ofte er du sygemeldt fra arbejde?
 - Hvor mange gange om året? Hvor mange dage?
 - Hvornår har du sidst været syg? Hvad var grunden til det?
 - Hvordan havde du det med at melde dig syg?
- Har du nogensinde været i tvivl om du skulle melde dig syg eller gå på arbejde?
 - Hvis ja – giv et eksempel på det
 - Hvilke omstændigheder gør, at du tvivler?
- Er du nogensinde gået syg på arbejde?
 - Hvor tit sker det? Hvor mange dage?
 - Hvorfor valgte du at gå syg på arbejde?
- Ægtefælles sygefravær? Forældres sygefravær? Børns fravær fra skolen?

Erfaringer med sygefravær på jobbet

- Hvor ofte er folk sygemeldt på din arbejdsplads?
- Taler I om det, hvis folk er syge?
- Hvad snakker I om i den forbindelse?
- Hvordan tackler din chef sygefravær?
- Har du oplevet situationer, hvor du har syntes at én af dine venner, dine kollegaer eller én fra din familie burde have været blevet hjemme fra arbejde (Giv eksempler)
 - Hvorfor synes du det?
 - Sagde du det til vedkommende?
 - Hvis ja, hvordan reagerede vedkommende?

- Har du oplevet situationer, hvor du har været i tvivl om vedkommende har været (rigtig) syg? Eller hvor vedkommende burde have været kommet på arbejde, selvom vedkommende var lidt sløj (Giv eksempler)
 - Hvorfor synes du som du gjorde?
 - Gjorde du vedkommende opmærksom på det?
 - Hvis ja, hvordan reagerede vedkommende?
 - Snakkede du med andre om det?
 - Hvordan reagerede de på det?

Spørgsmål kun til respondenter med ledelsesansvar/ selvstændige

- Hvor ofte er folk sygemeldt på din arbejdsplads?
- Taler du med vedkommende om det når han/hun er syg?
- Hvad snakker I om i den forbindelse?
- Taler du med dine andre underordnede om fravær?
- Hvad snakker I om i den forbindelse?
- Har du oplevet situationer, hvor du har syntes at én af dine kollegaer eller én fra dine underordnede burde have været blevet hjemme fra arbejde (Giv eksempler)
 - Hvorfor synes du det?
 - Sagde du det til vedkommende?
 - Hvis ja, hvordan reagerede vedkommende?
- Har du oplevet situationer, hvor du har været i tvivl om vedkommende har været (rigtig) syg? Eller hvor vedkommende burde have været kommet på arbejde, selvom vedkommende var lidt sløj (Giv eksempler)
 - Hvorfor syntes du som du gjorde?
 - Gjorde du vedkommende opmærksom på det?
 - Hvis ja, hvordan reagerede vedkommende?
 - Snakkede du med andre om det?
 - Hvordan reagerede de på det?

Arbejds miljø

- Er der nogle ting ved dit arbejdsmiljø som generer dig i større eller mindre grad? Og tror du det har indflydelse på sygefraværet – både dit eget og dine kollegers?
 - Fysisk arbejdsmiljø
 - Ergonomi?
 - Indeklima?
 - EGA?
 - Psykisk arbejdsmiljø
 - Arbejdsmængde?
 - Samarbejde med kollegaer/chef?
 - Irriterende kunder/klienter/brugere mv?
 - Konflikt mellem arbejdsliv/familieliv?
 - Andre ting?

Årsager til sygefravær

- Hvilke årsager tror du er de vigtigste til at der er nogen som har meget sygefravær?

Offentlig diskurs om sygefravær

Meldinger om meget stort sygefravær blandt offentligt ansatte har det med at udløse nogle automatreaktioner: Så slemt kan det da heller ikke være at sidde på et kontor, mon ikke det meste af det er ren pjæk? (Ekstra Bladet, 13. maj, 2005)

Stress og dårligt arbejdsmiljø er skyld i unormalt højt sygefravær blandt de danske piloter i SAS, siger pilotformand Mogens Holgaard. Han afviser, at der er tale om en aktion. Pilotformanden afviser, at der er tale om en koordineret aktion fra piloternes side. Han lægger dog ikke skjul på, at de mange sygemeldinger hænger tæt sammen med den verserende strid med SAS-ledelsen om piloternes fremtidige ansættelsesforhold. (BT, 8. marts, 2006)

På Jumbo Stillads i Kolding får ikke-rygere mere i løn end rygere for at skabe mindre sygefravær. Ole Stavad spørger ministeren, om det er ulovlig diskrimination. Hvis lønforskellen er tilladt, vil han gerne vide, om det tilsvarende er tilladt at give københavnere lavere løn end vendelboer, hvis det kan påvises, at københavnere har større sygefravær end vendelboer, spørger Stavad, der selv er vendelbo (BT, 7. januar, 2006)

I England lokker de med gaver, hvis folk kommer på arbejde i stedet for at fise den af i roekassen. Royal Mail – Englands svar på Post Danmark – trækker lod om biler og rejsegavekort til dem, der kommer på arbejde seks måneder i rap uden at have sygedage. I Danmark får den metode dog en blandet modtagelse. 'Det er et fuldstændigt vanvittigt tiltag. Vi vil ikke være med til præmieringer. Folk bliver ikke syge for sjov. Begynder de at pjække, er det, fordi virksomheden er syg' (BT, 26. april, 2005)

Nogle lærere er for meget syge, mener undervisningsminister Bertel Haarder (V). Han er ikke tilfreds med, at en undersøgelse af kommunernes brug af vikarer i folkeskolen for nylig viste store forskelle i skolelærernes sygefravær fra landsdel til landsdel og fra skole til skole. Undersøgelsen af vikartimerne afslørede dog også at hele 9,5% af skoletimerne i Københavns Kommune ikke gennemføres som planlagt, mens det kun er tilfældet for 5 pct. af timerne i Ringkøbing Amt. (Jyllands Posten, 2. maj, 2005)

Motionsvaner

- Dyrker du nogen former for motion? Hvilke?
- Hvis ikke – har du dyrket motion? Hvilke
- Hvorfor har du valgt den type motion? Hvad er det vigtigste ved motionen?
- Hvis du aldrig har dyrket motion – hvorfor har du så ikke det?
- Prøv at se på disse billeder og tænk lidt over hvordan du ville have det med at dyrke denne form for motion?

Dig selv

- Hvor gammel er du?
- Hvad er du uddannet som?
- Hvad er dine familieforhold?

Appendiks 3

Historiske kilder fra Sygekassetidende

Citerede artikler:

Backer, K.H. Om frivillig og obligatorisk Sygeforsikring og om Sygekassekontingentets Beregning ude og hjemme. Sygekassetidende, januar 1932, s. 12-9 efter *Maanedsskrift for praktisk Lægegering og social Medicin*

Borberg, L.P. 50 Aars Sygekasselovgivning og dens Betydning for det danske Folk. Sygekassetidende, 1942, s. 310-19

Borberg, L.P. Fra Syge- og Begravelseskassernes Fortid. I. Om social Forsørgelse og Forsikring (navnlig Begravelseskasser) i den romerske Kejsertid. Sygekassetidende, 1933, s. 103-18

Borberg, L.P. Fra Syge- og Begravelseskassernes Fortid. II. Om middelalderens Gilder, navnlig de danske Værnegilder. Sygekassetidende, 1934, s. 309-17

Borberg, L.P. Fra Syge- og Begravelseskassernes Fortid. III. Hvorledes Haandværkerlavene og lignende Sammenslutninger ydede Syge- og Begravelseshjælp. Sygekassetidende, 1937, s. 27-41

Budde-Lund, C.G. Lægen og Lægekunsten i gamle Dage. Sygekassetidende, december 1925, s. 313-16 efter *Ugeskrift for Læger*

Christensen, S. Sygekassebevægelsen og de politiske Partier. Sygekassetidende, 1942, s. 341-9

Christensen, S. Sygekassebevægelsen som liberalistisk Selvhjælpsbevægelse. Sygekassetidende, 1942, s. 211-8

Damsgaard Hansen, K. Det store skuffedarium. Et upraktisk møbel i samfundshusholdningen. Sygekassetidende, december 1964, s. 309-12

De sociale udgifter i Danmark. Sygekassernes og fortsættelsessygekassernes økonomi. Sygekassetidende, november 1954, s. 261-75

Det var dengang – En ældre kasserer beretter. Sygekassetidende, juli 1960, s. 208-9

Heiberg, P. Sygeforsikringsselskabernes Reservationer over for visse Sygdomme. Sygekassetidende, 1916, s. 41-44 efter *Ugeskrift for Læger*

Henriksen, A.D. Et hundredårsminde: Første danske blad med sygekassestof. Sygekassetidende, april 1960, s. 100-3.

Jacobi, W. Forsorgen for kronisk syge. Sygekassetidende, 1918, s. 220-31 efter *Social Forsorg*

Jacobsen, O. Sygdom bør ikke straks gøre os til sociale tilfælde. Tanker ved gennemsyn af kommissionsbetænkningen. Sygekassetidende, februar 1970, s. 48-50

Jensen, E. & Møller Nielsen, K.A. Sygelønnen – et problem der bør løses NU. Sygekassetidende, december 1955, s. 300-306

Jensen, J.K. Sygekassesagen i Danmark. Sygekassetidende, juni 1915, s. 205-208

Jensen, S. Husmoderafløsning. Sygekassetidende, februar 1949, s. 42-4 efter Sygeplejen

Kontrol med Sygeudgifter. Sygekassetidende, 1939, s. 243-9

Lund, M.H. Sygekassernes Dagpengeforsikring. Sygekassetidende, januar 1946, s. 23

Misbrug af Lægehjælp. Takst II kasser. Sygekassetidende, 1938, s. 57-61

Munch-Petersen, I. Husmoderafløsning. Sygekassetidende, 1944, s. 166-72 efter *Socialt Tidsskrift*

Møller, J.K. Dansk Daad. Sygekassetidende, 1942, s. 306-9

Nielsen, L.C. Sygepleje, Sygeunderstøttelse m.m. under Gilde- og Laugstiden. Nogle historiske Undersøgelser. Del 1. Sygekassetidende, 1929, s. 63-71 efter *Sygeplejen*

Nielsen, L.C. Sygepleje, Sygeunderstøttelse m.m. under Gilde- og Laugstiden. Nogle historiske Undersøgelser. Del 2. Sygekassetidende, 1929, s. 111-19 efter *Sygeplejen*

Olsen, P. F. Trænger vi til en ny socialreform? Sygekassetidende, december 1958, s. 307-11

Petersen, O. Bør sygekassen reklamere? En lille sludder om sygekassereklame. Sygekassetidende, oktober 1958, s. 264-5.

Poulsen, H. Social forståelse en forudsætning? Sygekassetidende, september 1963, s. 236-41.

Rønsnæs, S. Indtægtstab under sygdom. En ny undersøgelse af lønmodtagernes vilkår. Sygekassetidende, marts 1955, s. 68-71

Scianbusch, J. Lægeattester. Sygekassetidende, 1925, s. 131-3 efter *Ugeskrift for Læger*

Sletten, K.A. Den offentlige Sygeforsikrings Opstaaen og Udvikling. Sygekassetidende, 1940, s. 382-91

Sletten, K.A. Fra Laugssygekasser til Folkeforsikring. Sygekassetidende, 1942, s. 50-61

Sletten, K. A. Første 10 Aar under Folkeforsikringsloven. Sygekassetidende, januar 1944, s. 8-27

Sygekassevæsenets Skyggesider. Sygekassetidende, juli 1928, s. 160-4.

Sygekassernes Virke før Sygekasselovens Fremkomst. Sygekassetidende, 1940, s. 107-9

To vanskelige Punkter i den ny Sygekasselov. Sygekassetidende, april 1916, s. 145-50.

Wittrup. Fra Sygekassesagens Barndom. Del 2. Sygekassetidende, april 1917, s. 145-55

Øvrige artikler:

Arbejde og Ansvar. Sygekassetidende, 1923, s. 33-5

Bacher, K.H. Lægen som Samfundsborger. Sygekassetidende, s. 112-7

Barselshjælpen. Hjælpekasser, Sygekasser og Fabriksloven. Sygekassetidende, august 1916, s. 241-2.

Borberg, L.P. Bedømmelse af Sygdom og Invaliditet. Sygekassetidende, 1926, s. 173-82

Centralisation og sygekassepalæer – ret beset. Sygekassetidende, november 1956, s. 287-90

Christensen, S. Sygekassekommissionerne. Del 1. Sygekassetidende, maj 1947, s. 148-51

Christensen, S. Sygekassekommissionerne. Del 2. Sygekassetidende, juli 1948, s. 221-27

Clausen, F. Læge og Kvaksalver. Sygekassetidende, s. 158-65

Dagpenge i sygdomstilfælde i henhold til mæglingforslaget af 31. marts 1956. Sygekassetidende, maj 1956, s. 113-6

Den offentlige sygeforsikring. Svar på en række kritiske bemærkninger til den bestående sygekasseordning. Sygekassetidende, september 1953, s. 227-42

Det var dengang – En ældre kasserer beretter. Sygekassetidende, juli 1960, s. 208-9

En gammel Sygekassemands Betragtninger. Sygekassetidende, juli 1946, s. 195-6.

Er Sygekassernes overflødige? Sygekassetidende, 1936, s. 93-6

Er sygekasserne vor 'hellige' ko? Sygekassetidende, april 1959, s. 85-90

Funktionær- og Lønningsspørgsmaalet ved Sygekasserne. Sygekassetidende, 1917, s. 36-41

Hansen, A. Velfærdsstaten og vi. Sygekassetidende, november 1956, s. 292-5

Hvad aviserne skrev om betænkningen. Et uddrag af pressens omtale ved offentliggørelsen af sygeforsikringskommisionens betænkning. Sygekassetidende, november 1959, s. 303-5

Hvor lang tid sygemeldt? Sygekassetidende, februar 1957, s. 48

Jensen, C. Skal sygekasserne afskaffes? Er de en kræftbyld på samfundet? Sygekassetidende, december 1955, s. 297-9

Jensen, J.K. Sygekassesagen i Danmark. Sygekassetidende, juni 1915, s. 205-8

Lad os blive fri for at skrive de syge- og raskmeldinger. Sygekassetidende, oktober 1956, s. 253

Jensen, O. Socialpolitik i et halvt århundrede. Fra selvansvar til medansvar. Sygekassetidende, maj 1950, s. 131-140

Johansen, O. Sygekassernes dagpengeydelse. Er det muligt at forbedre dagpengeydelsen uden lovændringer? Sygekassetidende, august 1951, s. 212-5

'Kassen deles'. En snarraadig Bestyrelse. Sygekassetidende, 1935, s. 41-2

Kontrollen med de syge. Er den fyldestgørende? Sygekassetidende, s. 36-8

Krabbe, O. Forgår vi af velfærd? Sygekassetidende, marts 1959, s. 61-68

Larsen, L.C. Misbruges Sygehusene? Sygekassetidende, 1938, s. 272-3

Misbruges Sygehusene? Sygekassetidende, 1938, s. 363-4

Møller J.K. Sygekasserne og Nedskæringen. Sygekassetidende, august 1927, s. 177-82

Møller-Nielsen, K.A. Hvad betyder kommissionens forslag for vore medlemmer? Sygekassetidende, november 1959, s. 297-302

Odel, M. Løn under sygdom. Hvilken sygeløn har personer, der er omfattet af de i sygeforsikringslovens §49, stk. 3, nr. 2, nævnte særlove. Sygekassetidende, januar 1962, s. 2-4

Olsen, P. F. Hvad vil betænkningen bringe? Sygekassetidende, september 1959, s. 225-36

Opgave i en reformpause. Sygekassetidende, februar 1955, s. 33-7

Pressen og sygekasserne. Sygekassetidende, februar 1956, s. 29-30

Problemer vedrørende den offentlige Sygeforsikring. Sygekassetidende, december 1945, s. 241-55

Socialt Arbejde. Sygekassetidende, 1927, s. 38-43

Sygeforsikringens Udvikling. Et historisk Tilbageblik. I. Sygekassetidende, marts 1945, s. 44-6

Sygeforsikringens Udvikling. Et historisk Tilbageblik. II. Sygekassetidende, april 1945, s. 62-7

Sygekasernes aktuelle situation. Sygekassetidende, september 1970, s. 225-7

Sygekassernes rationalisering. Lidt – eller måske snarere – m e g e t fordomsfri tanker om den fremtidige offentlige sygeforsikring. Sygekassetidende, april 1962, s. 88-91

Sygepenge og Kontrol. Sygekassetidende, 1925, s. 271-3

Sørensen, J. Sygekontrollen. Sygekassetidende, s. 148-9

Wittrup. Fra Sygekassesagens Barndom. Del 1. Sygekassetidende, marts 1917, s. 125-35

Året går på hæld. Skal vi gøre lidt mere ud af vore generalforsamlinger? Sygekassetidende, december 1957, s. 316-9